Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten Basel
Vorsteher: Prof. Dr. *W. Lutz*

Ein Beitrag zur Frage wie weit an frischer Syphilis Erkrankte sich einer genügenden Behandlung und Nachkontrolle unterziehen

(Eine Übersicht über die Beobachtungen der dermatologischen Klinik Basel von 1916 bis 1931)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

eingereicht von

Marguerite Pfenniger, prakt. Ärztin
von Basel

BASEL 1935
Druck von Benno Schwabe & Co.

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten Basel
Vorsteher: Prof. Dr. *W. Lutz*

Ein Beitrag zur Frage wie weit an frischer Syphilis Erkrankte sich einer genügenden Behandlung und Nachkontrolle unterziehen

(Eine Übersicht über die Beobachtungen
der dermatologischen Klinik Basel
von 1916 bis 1931)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

eingereicht von

Marguerite Pfenniger, prakt. Ärztin
von Basel

BASEL 1935
Druck von Benno Schwabe & Co.

Genehmigt von der medizinischen
Fakultät der Universität Basel auf
Antrag von Professor W. Lutz
Tag der Promotion:
9. Juli 1934

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die richtige Erfassung der Geschlechtskranken und die Möglichkeit, sie bis zur erfolgten Heilung in Behandlung und Ueberwachung zu behalten, sind in der Schweiz noch völlig ungelöste Probleme.

In intensiverer und konsequenterer Weise hat sich mit diesen Fragen die schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten befaßt, als nach dem Krieg die Zahl der Geschlechtskranken wesentlich zunahm.

Man versuchte einerseits durch eine mit Hilfe der Schweizer Aerzte 1920/21 durchgeführten Enquête einen annähernden Einblick in die Ausbreitung der Geschlechtskranken in der Schweiz zu erhalten und hoffte anderseits durch eine ausgedehnte Vortragstätigkeit in allen Kreisen der Bevölkerung Interesse für diese Probleme zu wecken.

Um das Jahr 1925 schien ein Erfolg der Bemühungen wenigstens in der Hinsicht festzustellen zu sein, als damals nur noch sehr selten Erkrankungen an frischer Syphilis zur Beobachtung kamen.

Daß dabei die Erkrankungsziffer der Gonorrhoe in ungefähr gleicher Höhe blieb, mußte natürlich vor zu optimistischen Schlüssen warnen. Immerhin aber schien es möglich, den Rückgang der Syphilis in der Hinsicht als einen Erfolg der Bestrebungen zu betrachten, als vielleicht durch die erfolgte Aufklärung die Erkrankten veranlaßt worden waren, sich einer regelmäßigeren Behandlung zu unterziehen als früher und daß so durch das gegen die Syphilis außerordentlich wirksame Salvarsan die ansteckungsfähigen Fälle sehr weitgehend hatten zurückgedrängt werden können. Daß ein gleicher Erfolg bei der Gonorrhoe nicht eingetreten war, ließ sich durch das Fehlen eines entsprechend wirksamen Medikaments erklären.

In den folgenden Jahren machte sich jedoch bald wieder ein Anstieg der Syphilis bemerkbar, periodenweise sogar recht beträchtlicher Art, sodaß die Bemühungen, der Weiterverbreitung der Krankheit entgegenzuwirken, erneut und in verstärktem Maße wieder aufgenommen werden mußten.

Sämtliche Bemühungen drehen sich dabei immer wieder um dieselben beiden Angelpunkte, nämlich, daß es möglich sein sollte, einerseits alle zur Beobachtung kommenden Erkrankten bis zur erreichten Heilung zu behandeln und anderseits die Infektionsquellen aller dieser Patienten aufzufinden und ebenfalls einer genügenden Behandlung zuzuführen. Damit würde weiteren Infektionen von 2 Seiten her entgegengearbeitet.

Das wesentlichste Hindernis gegen die Erreichung dieser beiden Ziele liegt in der Gleichgültigkeit, der Verständnislosigkeit und vielfach auch dem schlechten Willen der Betroffenen.

Wohl hat man den Eindruck, daß das Verständnis gegenüber unseren Forderungen vielleicht etwas besser geworden ist, und daß somit die mit Unterstützung der schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von der schweizerischen Zentralstelle für Gesundheitspflege durchgeführte, sehr intensive Aufklärungsarbeit nicht ganz ohne Erfolg geblieben sei. Das Ergebnis entspricht aber doch noch lange nicht dem, was wünschbar wäre, und was eigentlich erwartet werden sollte.

Es drängt sich daher jedem, der sich mit diesen Schwierigkeiten fast täglich zu befassen hat, immer wieder der Gedanke auf, ob es im Interesse der Volksgesundheit nicht zweckmäßig wäre, den ärztlichen Anordnungen und Wünschen – wenigstens bestimmten Patienten gegenüber – durch eine gesetzliche Verordnung einen gewissen Rückhalt und eine gewisse Unterstützung zu geben.

Diese Frage ist im Rahmen der schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vielfach erörtert worden. Die Gesellschaft hat sich schließlich dafür eingesetzt, daß es notwendig wäre, gleichgültigen Elementen gegenüber einen Zwang ausüben zu können und hat in wiederholten Eingaben an die eidgenössischen und kantonalen Behörden den Wunsch ausgesprochen, daß durch eine Ergänzung bereits bestehender Seuchenvorschriften eine Handhabe in diesem Sinne gewonnen werden möchte.

Die Eingaben sind noch Gegenstand der Beratung in den Behörden. Es ist sicher nicht leicht, einen solchen Erlaß innerhalb vernünftiger und doch genügender Grenzen auszuarbeiten, und es ist verständlich, daß Wünsche und Möglichkeiten nach allen Richtungen hin zuerst abgeklärt werden müssen.

Eine wesentliche Grundlage für eine Diskussion über eine solche Verfügung bilden genaue Angaben darüber, wie die tatsächlichen

Verhältnisse eigentlich liegen, und ob aus ihnen die Notwendigkeit eines solchen Erlasses abgeleitet werden kann.

Die vorliegende Arbeit hat die Aufgabe, einen Ueberblick darüber zu geben, wie die Verhältnisse in bezug auf die Syphilispatienten der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Basel liegen.

Zu diesem Zwecke wird in einem ersten Abschnitt eine Aufstellung sämtlicher in den Jahren 1916–1931 an unserer Klinik resp. Poliklinik zur Beobachtung gelangten Fälle von *frischer Syphilis* gegeben, d. h. von den Patienten, welche sich mit klinisch sichtbaren Erscheinungen des ersten und zweiten Stadiums der Syphilis bei uns einfanden.

Ein zweiter Abschnitt enthält eine Zusammenstellung darüber, wie weit sich diese Patienten an die ärztlichen Weisungen in bezug auf die Behandlung und die zugehörige Nachkontrolle gehalten haben.

In einem dritten sind schließlich die Beobachtungen im Hinblick darauf durchgearbeitet, wie viel über das spätere Schicksal der Erkrankten festgestellt werden konnte.

Für den Zweck der Arbeit, eine neutrale Uebersicht zu schaffen, kann unser Beobachtungsmaterial als ein recht objektives, d. h. ein wenig beeinflußtes, angesehen werden, das also das Verhalten der Patienten soweit natürlich wiederspiegelt.

Wir haben wohl von Zeit zu Zeit etwa versucht, Säumige zu mahnen und zur Fortsetzung der Behandlung und der Nachuntersuchungen anzuhalten, doch standen diesen Bemühungen immer wieder so große Unannehmlichkeiten und Schwierigkeiten entgegen, und die Erfolge der einzelnen Versuche waren so gering, daß wir von einer konsequenten Verfolgung dieser Pläne immer wieder Abstand nehmen mußten.

Wir haben, um die Weggebliebenen mit unseren Mahnungen zu erreichen, bis jetzt eben nur den Weg der schriftlichen Aufforderungen, und deren Nachteile sind leicht ersichtlich.

Einerseits sind die Personalangaben oft nicht genügend, um bei Wohnungswechsel die neue Adresse ermitteln zu können, besonders bei Frauen, die inzwischen durch Heirat den Namen geändert haben, aber auch bei Arbeitern und Dienstmädchen, die öfters den Arbeitsort resp. die Wohnung wechseln.

So endete beispielsweise neben anderen ein 1932 unternommener Versuch damit, daß von 22 brieflich Wiederbestellten bloß 4 der Auf-

forderung Folge leisteten. 9 Briefe kamen als unbestellbar zurück, die übrigen 9 waren von den Empfängern offensichtlich ignoriert worden.

Auch bleiben die Patienten, die man mit Mühe und Not zur Neuaufnahme der Behandlung hat veranlassen können, sehr häufig nach kurzer Zeit wieder weg.

Anderseits ist die briefliche Wiederbestellung auch insofern mit Unannehmlichkeiten verbunden, als die Briefe Unbefugten in die Hände gelangen können. Man kann den Text so neutral als möglich gestalten und den Brief natürlich in unbedrucktem Umschlag versenden, sobald ein Unbeteiligter sieht, daß das Schreiben aus unserer Klinik stammt, ist der Argwohn geweckt und das Mißtrauen gibt zu Zwistigkeiten Anlaß.

Wären wir in der Lage, allen Patienten von vornherein zu erklären, daß uns eine gesetzliche Handhabe zur Verfügung stehe, um sie bei Vernachlässigung der Behandlung wieder einer solchen zuzuführen, und daß sie deshalb riskieren müßten, briefliche Aufforderungen oder persönliche Besuche zu erhalten, die ihnen eventuell unangenehm sein könnten, so würde sich vielleicht doch mancher zur konsequenteren Befolgung der ärztlichen Vorschriften entschließen, um solchen Unannehmlichkeiten zu entgehen.

Abschnitt I

Der Krankenbestand

Unsere Zusammenstellung erfaßt nach wiederholter, genauer Kontrolle der Krankenblätter sämtliche Patienten, welche unter den, in den Jahren 1916–1931 unsere Poliklinik Aufsuchenden als an frischer infektionsfähiger Syphilis (Lues I und II) erkrankt befunden worden waren.

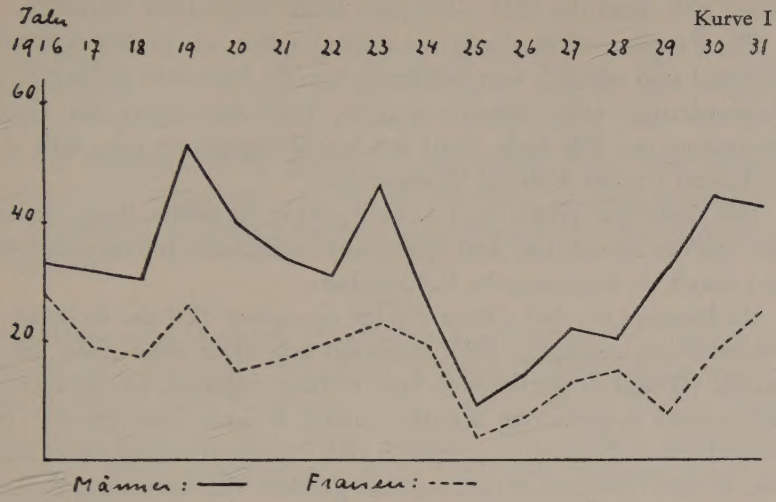
Im ganzen handelte es sich um 784 Kranke, 510 Männer und 274 Frauen.

Tabelle 1

Jahr	Männer	Frauen	Total	Jahr	Männer	Frauen	Total
1916	33 (2,3)	28 (3,0)	61	1924	26 (1,5)	19 (1,4)	45
1917	32 (2,5)	19 (4,7)	51	1925	9 (0,6)	4 (0,3)	13
1918	30 (2,0)	17 (4,7)	47	1926	14 (0,8)	7 (0,5)	21
1919	53 (3,1)	26 (6,8)	79	1927	22 (1,3)	13 (1,0)	35
1920	40 (3,0)	15 (4,8)	55	1928	21 (1,2)	15 (1,1)	36
1921	34 (2,3)	17 (4,2)	51	1929	32 (1,5)	8 (0,5)	40
1922	31 (2,0)	20 (4,0)	51	1930	44 (2,0)	18 (1,1)	62
1923	46 (3,0)	23 (5,1)	69	1931	43 (2,0)	25 (1,5)	68

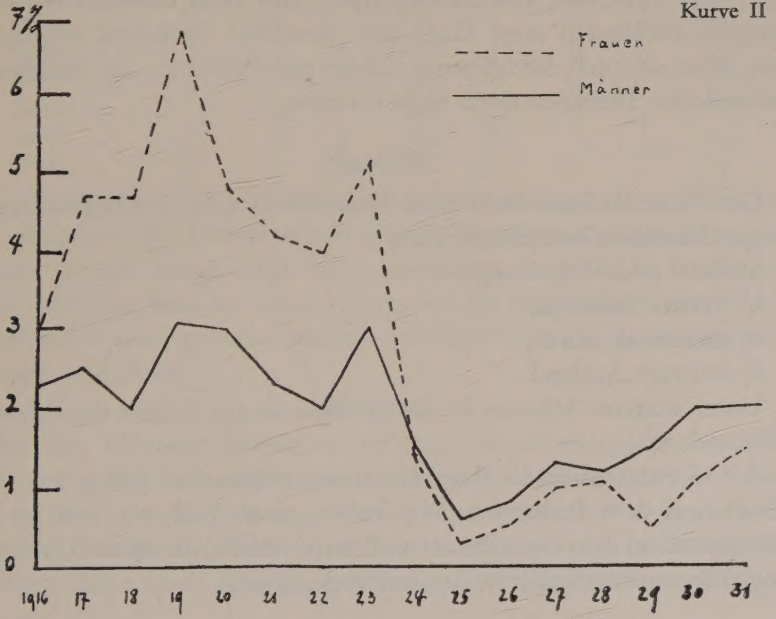
Die absoluten Zahlen auf einer Kurve dargestellt, ergeben folgendes Bild:

Kurve I



Die in Tabelle 1 hinter den absoluten Zahlen in Klammern angeführten Ziffern geben das Prozentverhältnis unserer Syphilispatienten zur Gesamtzahl der im betreffenden Jahr behandelten Kranken an. Die graphische Darstellung ergibt folgende Kurve:

Kurve II



Nach zweimaligen Anstiegen in den Jahren 1919 und 1923 wurde 1925 ein ausgesprochener Tiefstand erreicht. In den folgenden Jahren bietet sich dann das Bild einer stets leicht steigenden Zunahme.

Die Frequenzschwankungen an dem an sich wenig umfangreichen Material sind vielfach von zufälligen lokalen Faktoren abhängig, wie Zuwanderung einer Infektionsquelle, Erleichterungen der Grenzübergänge etc. Die hohe Zahl des Nachkriegsjahres 1919 fällt z. T. zu Lasten der im Ausland Wohnenden.

Die Zacke des Jahres 1923 ist vielleicht in Zusammenhang zu bringen mit der damals auf dem Höhepunkt stehenden Inflationszeit und den durch sie begünstigten Valutareisen.

Zu betonen ist, daß unsere Zahlen nur einen Teil der in Basel zur Beobachtung gelangten Fälle umfassen und nicht etwa einen Schluß auf die Häufigkeit der frischen Lues in Basel zulassen. Da die hiesigen weitgehend ausgebauten Krankenkassen es auch dem minder- und unbemittelten Erkrankten gestatten, den Privatarzt aufzusuchen, findet sich in der Poliklinik keineswegs der größere Teil der Erkrankten ein.

Die Zu- und Abnahme der Häufigkeit der frischen Syphilis ging allerdings, wie gelegentliche persönliche Befragung ergab, bei den Privatärzten und in der Poliklinik annähernd parallel.

Im allgemeinen läßt sich jedenfalls für Basel behaupten, daß seit 1925 und 1926 aller Aufklärungsarbeit und allen besseren Behandlungsmöglichkeiten zum Trotz eine deutliche Zunahme eingesetzt hat, wenn sie auch die früheren Zahlen prozentual zu den überhaupt behandelten Patienten noch nicht erreicht.

Wohnort

Die Patienten sind nach dem Wohnort in 4 Gruppen geteilt, die folgendermaßen bezeichnet sind:

a) Basel und Umgebung;
b) weitere Schweiz;
c) näheres Ausland;
d) weiteres Ausland.

Unter weiterer Schweiz ist das gesamte übrige Gebiet der Schweiz verstanden.

Als Grenzstadt erhält Basel einen nennenswerten Zuzug aus dem Elsaß und dem Badischen. Wir haben einen Umkreis von 30 km (entsprechend dem Grenzkreis des Briefposttarifs) als näheres Ausland gegenüber einem weiteren Ausland abgegrenzt.

Tabelle 2

Wohnort	Männer	in %	Frauen	in %	Total	in %
Basel und Umgebung. .	381	74,7	219	79,9	600	76,5
Weitere Schweiz	71	13,9	23	8,4	94	12,0
Näheres Ausland . . .	49	9,6	31	11,3	80	10,2
Weiteres Ausland . . .	9	1,8	1	0,4	10	1,3

$^3/_4$ der Männer und $^4/_5$ der Frauen wohnen in Basel. Die übrigen verteilen sich, abgesehen von den im weiteren Ausland wohnenden 1%, ungefähr je zur Hälfte auf die übrige Schweiz und das angrenzende Ausland.

Alter

Miteinbezogen in unser Material sind 7 Kinder. Von diesen gehören 6 (3 Knaben und 3 Mädchen) derselben Familie an. Sie wurden sämtlich durch den Vater angesteckt, welcher einen breiten Saum luetischer Papeln an den Lippen aufwies. Ein weiteres männliches Kleinkind wurde ebenfalls durch die luetischen Effloreszenzen der Eltern infiziert.

Tabelle 3

Alter	Männer	in %	Frauen	in %
0– 9 Jahre	4	0,8	2	0,7
10–19 „	18	3,5	40	14,6
20–29 „	308	60,4	157	57,3
30–39 „	115	22,6	55	20,1
40–49 „	40	7,8	14	5,1
50–59 „	19	3,7	5	1,8
60–69 „	5	1,0	1	0,4
70–79 „	1	0,2	—	—

$^1/_7$ der Frauen sind zur Zeit der Infektion weniger als 20 Jahre alt. Die Mehrzahl der Patienten, nämlich $^3/_5$ derselben sind im Alter von 20–29 Jahren. Dann folgt das 4. Jahrzehnt, welches $^1/_5$ ausmacht. Daß anderseits auch bei älteren Leuten an die Möglichkeit einer frisch acquirierten Lues gedacht werden muß, beweisen die Zahlen der folgenden Jahrzehnte.

Zivilstand

Bei den Männern fehlen in früheren Jahren entsprechende Angaben. Aus den letzten Jahrgängen läßt sich errechnen, daß die Ledigen zu den Verheirateten ungefähr in dem Verhältnis von 3 : 1 stehen. Bei den Frauen verschiebt sich das Verhältnis auf 2 : 1. Unter die Ledigen fallen noch ca. 4% Verwitwete und Geschiedene.

An der Klinik wurde von jeher Gewicht darauf gelegt, wenn möglich die Infektionsquelle oder den derzeitigen Partner des Patienten ausfindig zu machen, um so einer Weiterverbreitung der Krankheit auch von dieser Seite entgegenzuwirken.

Dabei muß mehr als andernorts mit unwahren Angaben von Seiten der Patienten gerechnet werden. Nicht so selten wird – wenigstens zunächst – die Infektionsmöglichkeit überhaupt geleugnet. Recht oft weigern sich ferner die Infizierten aus unangebrachter Rücksichtnahme oder aus Furcht vor eigenen Unannehmlichkeiten, den Partner anzugeben. Sehr häufig handelt es sich um flüchtige Zufalls- und Straßenbekanntschaften, bei denen Name und Wohnung nicht genauer ermittelt werden können. Auch sind im Ausland wohnende Infektionsquellen kaum erreichbar. Erschwert werden schließlich die Nachforschungen dann, wenn mehrere Personen in Frage kommen.

Wenn wir eine genügende Adresse erhalten, ersuchen wir die betreffende Person, entweder durch den Infizierten selbst, oder durch ein Schreiben, in den nächsten Tagen bei uns vorzusprechen. Bleibt sie aus, so übergeben wir die Adresse dem Gesundheitsamt, dessen Eigenschaft als staatliche Behörde seiner Mahnung doch etwas mehr Nachdruck verleiht.

Einen eigentlichen Zwang zur Untersuchung kann aber auch das Gesundheitsamt nur in sehr beschränktem Maße ausüben, sodaß auch hier die eingeleitete Aktion nicht immer restlos erfolgreich ausfällt.

Das Resultat der Bemühungen, die Infektionsquellen festzustellen, ist folgendes:

Tabelle 4

Infektionsquelle	der Männer	in %	der Frauen	in %
Bekannt und untersucht	46	9,0	15	19,3
bei uns	44		47	
auswärts	2		6	
Partielle Angaben	244	47,9	41	15,0
Infektionsort: Basel	65		10	
Schweiz	49		16	
Ausland	68		2	
Infektionszeit	53		7	
Unvollständige Adresse. . . .	9		6	
Unbekannt, Angaben verweigert oder fehlend	220	43,1	120	65,7

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bleibt somit die Infektionsquelle unbekannt und für uns nicht erreichbar, wenn auch angenommen werden darf, daß schließlich manche davon andernorts erkannt und in Behandlung genommen wurden.

Im Ausland infizierten sich 70 Fälle. An der Spitze steht Frankreich mit 49 Fällen: Mulhouse 15, St-Louis 8, Strasbourg 4, Lyon 3, sonstiges Frankreich 11. Die übrigen Fälle verteilen sich auf: Deutschland 8, Italien 3, Rußland 3, andere Staaten 5, Uebersee 2 Fälle.

In knapp einem Zehntel der Fälle konnten wir bei den Männern, in einem Fünftel bei den Frauen der Infektionsquelle habhaft werden.

Fast die Hälfte dieser Fälle betrifft Ehepaare, und zwar wurde in 11 Fällen der Mann von der Frau, in 32 Fällen die Frau vom Manne angesteckt. In weiteren 12 nicht eingerechneten Fällen blieb es fraglich, wer von beiden der ansteckende Teil war. Mann und Frau wiesen sekundär luetische, öfters die genau gleichen Erscheinungen auf.

Daß wesentlich mehr Infektionsquellen der Frauen untersucht werden konnten, erklärt sich dadurch, daß der infizierende Partner der Ehemann war, der eben erreichbar war, ja meist als erster zur Untersuchung kam.

Wird von den Ehen abgesehen, so ergibt sich für beide Geschlechter dieselbe Zahl von rund 6,5 %. Von diesen haben angesteckt:

22 Frauen	29 Männer	
12 Männer	12 Frauen	
1 Bruder	1 Schwester	Extragenitale Uebertragung
1 kongen. luet. Enkelin	1 Großmutter	
1 Mädchen	1 Freundin	
1 Vater	6 Kinder	
1 Elternpaar	1 Kind	

Krankheitsstadium

Die folgende Tabelle stellt die Patienten nach dem Stadium der Lues zusammen, in dem sie zur ersten Konsultation kamen.

Unter Lues I (Primärstadium) verstehen wir alle Fälle von Primäraffekten, die noch nicht von Sekundärsymptomen begleitet waren, also noch keine Eruption auf der Haut oder auf den Schleimhäuten aufwiesen. Auch die Patienten mit bereits positiven Seroreaktionen, jedoch ohne Eruption, rechnen wir noch zum Primärstadium.

Unter Lues II reihen wir die Fälle mit den Erscheinungen des Sekundärstadiums ein (Exantheme, Plaques muqueuses, breite Kondylome etc.).

In Klammer sind jeweils beigefügt die Anzahl der Fälle, in welchen in den Krankenblättern ein positiver Spirochätenbefund notiert ist. Es darf hier jedoch beigefügt werden, daß auf den Krankenblättern das Resultat nicht immer eingetragen worden ist. Denn an der Klinik besteht die strenge Regel, daß kein auf Primäraffekt verdächtiges Ulkus bei serologisch negativem Befund spezifisch behandelt werden darf, bevor nicht die Diagnose durch den Spirochätennachweis absolut sicher entschieden ist. Verunmöglicht kann dies allerdings werden, wenn dem betreffenden Patienten bereits an anderer Stelle einige Injektionen gegeben worden waren, wie das auch vorkam. War das Ulkus bloß lokal behandelt worden, so genügen Umschläge mit physiologischer Kochsalzlösung über einige Tage, um die Spirochäten wieder nachweisbar zu machen.

Tabelle 5

Krankheitsstadium bei der 1. Konsultation	Männer	in %	Frauen	in %
Primärstadium	*256* (195)	50,2	*27* (15)	0,8
Seronegativ	126 (105)		11 (10)	
Seropositiv	90 (65)		13 (3)	
Ohne Angabe der Seroreaktion	40 (25)		3 (2)	
Sekundärstadium	*254* (87)	49,8	*247* (83)	90,2

Extragenitaler Sitz des Primäraffektes war bei den Männern 15mal, bei den Frauen 3mal vorhanden. Er verteilte sich auf:

Unterlippe	8 Fälle
Oberlippe	3 „
Zunge	3 „
Tonsille	2 „
Zahnfleisch	1 Fall
Finger	1 „

Die Zahl derjenigen, die mit dem Erscheinen des Primäraffektes zur Konsultation kamen, verhält sich zur Zahl derjenigen, welche sich erst beim Ausbruch der Sekundärerscheinungen dazu veranlaßt fühlten, bei den Männern wie 1:1, bei den Frauen wie 1:10. Werden nur die seronegativen Primäraffekte berücksichtigt (dazu mögen allerdings noch etliche aus der Gruppe der nicht serologisch kontrollierten Fälle gehören), so ergibt sich ein Verhältnis von 1:4 resp. 1:25.

Es ist ersichtlich, wie leicht bei den Frauen der Primäraffekt übersehen wird, in erster Linie von den Frauen selbst; dann aber geschieht es, daß auch Aerzte, besonders bei nicht klassischem Aussehen oder Sitz (Urethralmündung, Zervix), denselben verkennen. Daß gerade bei den Frauen die Krankheit oft überhaupt «erscheinungslos» bleibt und höchstens später anläßlich einer zufälligen Blutuntersuchung oder der Geburt eines kongenital luetischen Kindes entdeckt wird, muß mitherangezogen werden zur Erklärung, daß sich unter unseren Fällen von Lues I bedeutend weniger Frauen als Männer befinden.

Abschnitt II

Das Verhalten der Kranken in bezug auf Behandlung und Nachkontrolle

Es sind zuerst die nichtbehandelten Fälle von denjenigen zu trennen, welche einige bis mehrere Kuren mitgemacht haben.

a) Unter die Nichtbehandelten fallen solche Patienten, die uns nur auf der Durchreise aufsuchten oder uns von ärztlicher Seite zur Diagnosestellung zugewiesen wurden und danach in anderweitige Behandlung übergingen. Ferner rechnen wir dazu diejenigen, welche nach kaum begonnener Behandlung weggeblieben und eventuellen Mahnungen keine Folge leisteten, ebenso solche, die ein bißchen länger aushielten, oder mehrmals zu einer Kur ansetzten, nie aber eine richtig zu Ende führten.

Unter den letzteren sind inbegriffen 2 Männer und 8 Frauen, die armenrechtlich nach der Heimatgemeinde abgeschoben, sowie 2 Frauen, die polizeilich außer Landes gewiesen wurden. Die Kur ist bei ihnen wohl sicher fortgesetzt worden, wir konnten aber darüber weiter nichts erfahren.

Tabelle 6 (Männer)

Verhalten während der Behandlung	Basel	Weitere Schweiz	Näheres Ausland	Weiteres Ausland	Total	in %
Konsultation und Durchreise	12	27	7	4	50	9,8
Weggeblieben	23	3	2	—	28	5,5
Kur abgebrochen oder verzettelt	57	2	9	1	69	13,5
Total	92	32	18	5	147	28,8
Ein bis mehrere Kuren . .	289	39	31	4	363	71,2
Total					510	

Tabelle 7 (Frauen)

Verhalten während der Behandlung	Basel	Weitere Schweiz	Näheres Ausland	Weiteres Ausland	Total	in %
Konsultation und Durchreise	7	5	3	—	15	5,5
Weggeblieben	9	1	4	—	14	5,1
Kur abgebrochen oder verzettelt	35	4	5	—	44	16,0
Total	51	10	12	—	73	26,6
Ein bis mehrere Kuren . . .	168	13	19	1	201	73,4
Total					274	

Wenn man die unter der Rubrik «Konsultation und Durchreise» Verzeichneten nicht berücksichtigt, da beim größeren Teil wohl eine ärztliche Behandlung an anderen Stellen sich angeschlossen hat, so machen die, welche weggeblieben sind oder die Kur abgebrochen haben, unter den in Basel Wohnhaften ein Viertel, von den gesamten Patienten ein Fünftel aus.

Es ist ja sehr wohl möglich und wohl auch wahrscheinlich, daß auch von diesen noch eine ganze Anzahl andere Aerzte aufgesucht hat. Daß sich aber darüber jeweils nichts Bestimmteres feststellen läßt, ist doch ein sehr unerfreulicher Zustand, der zum mindesten eine ausgesprochene Unsicherheit hinterläßt.

b) Unter den Behandelten befinden sich einerseits diejenigen, die sich mit einiger Regelmäßigkeit der Behandlung unterzogen, wenigstens über eine gewisse Zeitspanne hinweg, anderseits auch solche, welche erst das Auftreten eines körperlichen Rezidivs oder der erneut positive Ausfall der serologischen Reaktion bewog, die zunächst abgebrochene Behandlung konsequenter wieder aufzunehmen.

Diese Fälle sind, gruppiert nach Wohnort und Kurenzahl, in den beiden folgenden Tabellen zusammengestellt. Gleichzeitig wird dabei auch angegeben, wieviele der Patienten sich nach Beendigung der Kur, resp. Kuren, haben nachkontrollieren lassen und über wie lange Zeit hin sich diese Kontrolle im einzelnen hat fortsetzen lassen. Die Kontrolle bestand im wesentlichen in der Ausführung der Wassermann'schen Reaktion, teils im Laboratorium des Bürgerspitals (Prof. *Massini*), hauptsächlich aber im hygienischen Institut der Universität (Prof. *Doerr*), in welchem sie seit 1922 durch die Sachs-Georgische Reaktion ergänzt wurde.

Tabelle 8 (Männer)

Kontrolle	1 Kur				2 Kuren				3 Kuren			Mehrere Kuren			Total
	B	WS	NA	WA	B	WS	NA	WA	B	WS	NA	B	WS	NA	
Keine	51	9	7	2	21	2	3		9		1	5			110
Nach der Kur	46	10	6	1	24	1	2	1	6		4	3		1	105
½ Jahr . . .	15	2	1		8	4	1		6	1		2			40
1 Jahr . . .	16				16	1			5			3		1	42
2 Jahre . . .	5				2	2			5			2			16
Länger . . .	7	1			6	3	1		2		1	4			25
Zufällig später	10	1	1		6	2	1		1			3			25
Total	150	23	15	3	83	15	8	1	34	1	6	22		2	363

Tabelle 9 (Frauen)

Kontrolle	1 Kur				2 Kuren			3 Kuren			Mehrere Kuren			Total
	B	WS	NA	WA	B	WS	NA	B	WS	NA	B	WS	NA	
Keine	30	4	1	1	10	2	4	6	1	1	2			62
Nach der Kur	29	3	7		15		1	9		1	3			68
½ Jahr . . .	8				15			1			1			25
1 Jahr . . .	4		1		6			5	1		2			19
2 Jahre . . .	1				1			1			1			4
Länger . . .	5				1	1	2	3	1					13
Zufällig später	6				2						1		1	10
Total	83	7	9	1	50	3	7	25	3	2	10	—	1	201

Die Hälfte der Behandelten machte eine einzige Kur durch, und von diesen wiederum konnte der Großteil nicht oder nur nach Beendigung der Kur nachkontrolliert werden.

Auf die andere Hälfte treffen 2–3 Kuren bis auf 6½% bei den Männern, resp. 5½% bei den Frauen, welche mehr Kuren absolvierten, und zwar sozusagen ausschließlich aus Anlaß von Rezidivsymptomen oder positiv bleibender Wassermann'scher Reaktion.

Was die Nachkontrolle allein anbetrifft, so sind 30% der Fälle nach der letzten Kur überhaupt weggeblieben.

Ebensoviele erschienen nur zu einer Kontrolle nach Abschluß der Kur.

Weitere 30% kamen zur Kontrolle im Zeitraum von ½ bis 1½ Jahren nach beendeter letzter Kur, oder konnten mehr zufällig später noch einmal erfaßt werden.

Einer annähernd regelmäßigen, über 2 Jahre und länger nach abgeschlossener Behandlung sich hinziehenden Nachkontrolle unterzogen sich nur die restlichen 10% der Behandelten (11,3% bei den Männern, 8,5% bei den Frauen).

Aehnliche Zahlen erhält man, wenn man die in Basel Ansässigen unter sich vergleicht. Die Zahl der Behandelten mit auswärtigem Wohnort ist an sich zu gering, um ausgewertet zu werden.

Abschnitt III

Versuch einer Feststellung des Behandlungsresultats

In diesem dritten Abschnitt werden unsere sämtlichen Beobachtungen nochmals durchgearbeitet im Hinblick auf die Frage, wie weit sich aus ihnen Rückschlüsse auf die Auswirkung der durchgeführten Behandlung ziehen lassen könnten.

Die Frage nach dem Erfolg der Luesbehandlung ist ja allgemein nicht ohne weiteres leicht und eindeutig beantwortbar, und auch unser Material ist dafür nur mit ziemlich weitgehender Reserve zu verwenden. Da aber die Arbeit des Zusammentragens und Sichtens schon einmal geleistet war, schien es uns doch wichtig, die Beobachtungen auch nun tunlichst für diese wichtige Frage mit zu verwerten zu suchen.

Der Erfolg der Luesbehandlung hängt im wesentlichen von 2 Faktoren ab: einmal von der Intensität der Behandlung und zum anderen von der Möglichkeit, den Patienten nach Abschluß der Behandlung über eine genügende Zeit nachzubeobachten und mit allen als notwendig betrachteten Untersuchungsmethoden nachzukontrollieren.

Ueber beide Faktoren existieren noch mehr oder weniger große Meinungsverschiedenheiten. Da unseren kleinen Patientenzahlen nur eine relative Bedeutung zukommen kann, sei jedoch hier auf deren Diskussion nicht eingegangen.

Wir wollen uns damit begnügen, die Richtlinien, die sich an der hiesigen Klinik allmählich herausgebildet haben, kurz zu skizzieren.

A. Die Intensität der Behandlung

Es ist zu unterscheiden zwischen der Methodik der einzelnen Kur und dem Aufbau des aus mehreren Kuren sich zusammensetzenden Behandlungsplanes.

1. Die einzelne Kur wird heute ziemlich übereinstimmend als eine aus Quecksilber, resp. Bismut und Neosalvarsan oder einem analogen Präparat (Neomesarca, Syntharsan, Novarsenobenzol etc.) kombinierte Kur durchgeführt. Differenzen bestehen über die Höhe der Einzeldosis sowie der Gesamtdosis des Neosalvarsans, über die Größe der Intervalle zwischen den einzelnen Neosalvarsaninjektionen und -Kuren, sowie auch darüber, ob Bismut, resp. Hg. und Neosalvarsan nebeneinander gegeben werden können, oder ob die Präparate in einer Kur bloß nacheinander verwendet werden sollen, um eventuelle Störungen besser überblicken zu können.

Die Form der einzelnen Kur hat sich im Laufe der Zeit an unserer Klinik in folgender Weise entwickelt:

In den Jahren 1916 bis und mit 1922 verwendeten wir in kombinierter Kur Neosalvarsan und Hydrargyrum salicylatum in 10%iger Emulsion meist nacheinander, seltener nebeneinander. Die mittlere Gesamtdosis einer Kur belief sich auf 1,2 bis 1,5 g Hydrargyrum salicylatum und 3,5 bis 4,0 g Neosalvarsan bis 1919, 4,5 bis 5,0 g Neosalvarsan von 1919 bis 1922. Ganz vereinzelt wurden Schmierkuren durchgeführt.

1922 wurde das Bismut in die Syphilistherapie eingeführt und verdrängte infolge seiner viel geringgradigeren Nebenerscheinungen bei durchaus gleichwertiger, vielleicht sogar anhaltenderer Wirkung sehr rasch das Hydrargyrum salicylatum. Die Gesamtdosis an Bismut belief sich pro Kur auf 2,0 g, gleichzeitig wurde auch die Gesamtdosis des Neosalvarsans nochmals von 5,0 auf 6,0 g erhöht. Von 1922 an wurden in der Regel Bismut und Salvarsan nebeneinander injiziert, um die Kuren nicht allzulange hinzuziehen.

Das Intervall zwischen den einzelnen Salvarsaninjektionen wird in der Regel auf 3–6 Tage berechnet, je nach der Größe der Dosis. Bei der Höchstdosis von 0,6, die wir als Einzeldosis nicht überschreiten, legen wir 5–6 freie Tage zwischen die Injektionen.

Wir haben den Eindruck, daß bei dichterem Zusammendrängen der Injektionen und bei einem Ueberschreiten der bei uns gebräuchlichen Dosen im Laufe einer Kur leichter toxische Salvarsandermatitiden auftreten. Wenigstens haben wir an unserer Klinik nie ein solches Vorkommen erlebt und die bei uns von auswärts zur Behandlung gelangten toxischen Salvarsandermatitiden waren fast alle wesentlich intensiver behandelt worden.

In den Jahren 1920 bis 1922 verwendeten wir eine Zeitlang fast ausschließlich Silbersalvarsan, später Neosilbersalvarsan, die als noch intensivere Salvarsanpräparate durch *Kolle* in die Syphilisbehandlung eingeführt worden waren. Als Gesamtdosis wurden etwa 3,5 g gegeben. Nach dieser Erprobungsperiode haben wir das Neosilbersalvarsan neben der kombinierten Kur weiter beibehalten, sind aber auch hier zu einer höheren Gesamtdosis von 4,5 bis 5,0 g angestiegen.

Selten und mehr versuchsweise haben wir hie und da auch eines der intramuskulär verabreichbaren Salvarsanpräparate benützt (Sulfarsenol, Sulfomesarka, Myosalvarsan). Die Dosis wurde hier ebenfalls auf 5–6 g angesetzt.

2. Im Aufbau der Kurensysteme bestehen an verschiedenen Kliniken ebenfalls noch weitgehende Differenzen, besonders im Hinblick auf die Zahl der Kuren und die Intervalle zwischen ihnen.

Im Prinzip wird im Aufbau der Kurensysteme ein Unterschied gemacht zwischen Patienten mit Lues I und Lues II. Für eine Lues I halten wir zwei durch ein Intervall von 6–8 Wochen getrennte Kuren im allgemeinen für genügend. Für eine Lues II sehen wir mindestens 3 Kuren als notwendig an, solange der Verlauf dabei ein ungestörter, rasch zu negativen Seroreaktionen führender ist. Sobald aber irgendwelche Unregelmäßigkeiten auftreten, genügt ein generelles Schema nicht mehr; es müssen dann dem jeweiligen Fall angepaßte Kurensysteme aufgestellt werden.

Wir halten es für zweckmäßig, innerhalb des Kurensystems mit der Art der einzelnen Kur zu wechseln und schätzen dabei das Neosilbersalvarsan sehr.

Wir geben z. B. bei Lues I als erste Kur eine kombinierte und lassen als zweite eine solche mit Neosilbersalvarsan folgen. Bei Lues II schließen wir an die erste kombinierte, die zweite als Neosilbersalvarsankur, die dritte wieder als eine kombinierte Behandlung an, später eventuell eine oder mehrere bloß aus Bismut bestehende Kuren.

Wir gehen dabei von der durch die Analyse einzelner Beobachtungen gestützten Auffassung aus, daß für das Resultat einer Behandlung nicht nur die Medikamente allein eine Rolle spielen, sondern daß ein individuelles Moment des Patienten ebenfalls sehr von Bedeutung sei, die Fähigkeit nämlich, die Medikamente richtig zu verwerten und auszunützen. Da es nun sehr wohl möglich ist, daß die verschiedenen Medikamente von den einzelnen Individuen sehr verschieden verwertet werden, nehmen wir sie im Verlauf der Behand-

lung möglichst alle in Gebrauch, im Gedanken, daß vielleicht einmal ein Patient auf das Silbersalvarsan besser anspräche als auf Neosalvarsan und daß somit durch die Kombination mehr zu erreichen sei, als wenn bloß immer nur Neosalvarsan verwendet wird.

B. Die Kriterien der erfolgten Heilung

Wie über die Intensität der Behandlung, so gehen die Ansichten noch etwas – wenn auch weniger – auseinander über die Postulate, welche erfüllt sein müssen, damit von einer erreichten Heilung gesprochen werden kann.

Auch hier wird zwischen Lues I und II ein Unterschied gemacht.

Bei Lues I wird im allgemeinen verlangt, daß der Patient über eine Nachkontrollzeit von 2 Jahren serologisch und somatisch von Rezidiverscheinungen frei bleiben soll.

Bei Lues II soll sich die Nachbeobachtungszeit über 3–4 Jahre hin erstrecken, ebenfalls mit völligem Freibleiben von serologischen und somatischen Rezidiven. Ferner setzt sich hier immer mehr die Ueberzeugung durch, daß bei den nach Abschluß der letzten Kur von Rezidiven freibleibenden Patienten im 2.–3. Jahr der Nachbeobachtung eine Liquorkontrolle durch Lumbalpunktion unbedingt indiziert sei. Bei serologisch resistenten Fällen ist sie schon früher notwendig.

Als eine weitere Hilfe zur Feststellung, ob der Körper von spirochätenhaltigen Herden völlig frei geworden sei, wird die Methode der Salvarsanprovokation vorgeschlagen, d. h. es werden dem Patienten, der unter Kontrolle genügend lange von Erscheinungen frei geblieben ist, 2–3 Salvarsaninjektionen gegeben und dann in Intervallen von 4–14 Tagen nach deren letzter die Seroreaktionen 2–3mal kontrolliert, in der Meinung, daß beim Vorhandensein eines latenten Luesherdes eine positive Schwankung der Seroreaktionen hervorgerufen werde.

Die Nachkontrolle an unseren Patienten erfüllt nicht alle diese Vorschriften.

Wir haben uns in der Hauptsache auf eine somatische und serologische Untersuchung beschränkt, wobei wir natürlich Gewicht darauf legten, diese in möglichst regelmäßigen Intervallen über möglichst lange Zeit hinaus fortsetzen zu können.

Die Kontrolle des Liquors ist im ganzen sehr selten ausgeführt worden. Nicht etwa deshalb, weil von uns ihre Wichtigkeit nicht anerkannt würde, als vielmehr aus dem Grunde, daß noch bis vor weni-

gen Jahren immer eine gewisse Hemmung vorhanden war, diesen Eingriff an Patienten ambulant durchzuführen, d. h. ohne sie dazu für 2–3 Tage in den Spital aufzunehmen, ein Punkt, mit dem eben viele Patienten nicht einverstanden waren.

Da sich jedoch die Bedeutung und die Wichtigkeit der frühzeitigen Liquorkontrolle ganz allgemein je länger, je mehr aufdrängt, legen wir seit etwa 2 Jahren sehr viel Gewicht darauf, diesen Eingriff durchzuführen und nehmen ihn jetzt auch ambulant vor.

Sobald sich eben die absolute Ueberzeugung durchgesetzt hat, daß dieser Eingriff unerläßlich ist, gelingt es auch leichter, die Patienten dazu zu bewegen, diese Untersuchung an sich vornehmen zu lassen.

Mit der Subokzipitalpunktion, die von manchen Seiten sehr nachdrücklich empfohlen wird, haben wir uns aus verschiedenen Gründen bis jetzt nicht befreunden können.

Wir geben nun zunächst in einer tabellarischen Zusammenstellung eine Gesamtübersicht darüber, wie weit überhaupt Kontrollen zeitlich durchgeführt werden konnten. Die in der Tabelle angegebene Dauer der Nachkontrolle umfaßt dabei die maximal verflossene Zeit vom Abschluß der 1. Kur an bis zur letzten serologischen Untersuchung.

Diese Einteilung mußten wir wählen, um die Darstellung möglichst einheitlich zu gestalten. Denn das Intervall zwischen der ersten und den folgenden Kuren ist bei den verschiedenen Patienten ein oft so sehr verschieden langes, daß bei Berücksichtigung aller Einzelheiten eine einigermaßen übersichtliche Darstellung überhaupt völlig unmöglich geworden wäre.

Die nachkontrollierten Fälle sind in der Zusammenstellung bereits nach «so weit günstigem» und «nach verzögertem, resp. ungünstigem» Verlauf gesondert worden.

Unter «so weit günstigem Verlauf» ist dabei folgendes verstanden:

a) Für die seronegativen Primäraffekte: die Seroreaktionen bleiben von Anfang an dauernd negativ oder zeigen höchstens vorübergehend eine ganz schwach positive Schwankung.

b) Für die seropositiven und die serologisch nicht kontrollierten Primäraffekte: die Seroreaktionen sind von der 1. Kur weg dauernd negativ.

c) Für die sekundäre Lues: die Seroreaktionen bleiben spätestens vom Abschluß der 2. Kur hinweg, die innerhalb eines Jahres nach der 1. beendet sein muß, dauernd negativ.

Unter der Bezeichnung «verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf» sind die Fälle zusammengestellt, welche im Gegensatz zu der oben genannten Kategorie früher oder später körperliche oder serologische Rezidiverscheinungen aufwiesen.

Die 1. Gruppe der Fälle, die so weit günstig verlaufenden, ist in der Zusammenstellung bereits noch etwas detaillierter nach der Dauer der möglichen Nachbeobachtungszeit aufgeteilt worden.

In der 2. Gruppe war eine solche weitere Aufteilung nicht möglich, da die Rezidive bei den einzelnen Patienten zu ganz verschiedenen Zeiten festgestellt wurden und sich damit keinerlei regelmäßige Beziehungen zu den Kuren, resp. der 1. Kur aufstellen ließen. Hier sind deshalb alle Fälle in einer Rubrik zusammengefaßt.

Uebersichtstabelle

A. Männer

	Lues I				Lues II
	Sero-negativ	Sero-positiv	Ohne serologischen Befund	Total	
Patienten total	126	90	40	256	254
Ohne jede Kontrolle . . .	35	35	23	93	97
Nachkontrolliert	*91*	*55*	*17*	*163*	*157*
a) günstiger Verlauf .	79	46	14	139	106
Kontrolliert unter 1 Jahr .	41	23	7	71	54
1–2 Jahre	13	8	1		25
2–5 Jahre	17 } 38	9 } 23	4 } 7	68	17 } 52
Ueber 5 Jahre	8	6	2		10
b) Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf .	12	9	3	24	51

B. Frauen

	Lues I			Lues II		
Patienten total		27			247	
Ohne jede Kontrolle . . .		12			89	
Nachkontrolliert		*15*			*158*	
a) günstiger Verlauf .		12			115	
Unter 1 Jahre	7			64		
1–2 Jahre	1			18		
2–5 Jahre	1	5		25	51	
Ueber 5 Jahre	3			8		
b) Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf . .		3			43	

Aus dieser Tabelle ergibt sich zunächst, daß von den insgesamt 784 Patienten mit frischer Lues 291 (37%) überhaupt ohne jegliche Kontrolle geblieben sind.

Von den übrigbleibenden 493 Patienten scheiden für eine weitere Verwertung 196 (26%) aus, da sie bloß unter einem Jahr nachbeobachtet werden konnten.

Es bleiben somit allein 297 Patienten (= 37%), also etwas mehr als ein Drittel der Gesamtzahl übrig, welche ein gewisses Urteil über die Auswirkung der Therapie erlauben.

Diese letztere Gruppe von Patienten haben wir nun zunächst etwas detaillierter gesichtet, indem wir sie nach Stadien ihrer Erkrankung und nach dem Verlauf in insgesamt 16 Gruppen aufteilten. Die einzelnen Patienten jeder Gruppe haben wir dann jeweils auf einer Tabelle graphisch untereinander aufgetragen, indem wir für jeden Patienten auf einer Linie die durchgeführten Kuren, sowie die vorgenommenen Kontroll-Untersuchungen genau eingetragen haben.

Dadurch wird einmal ein Vergleich der Patienten jeder Gruppe unter sich sehr übersichtlich ermöglicht, anderseits lassen sich auch die verschiedenen Gruppen sehr gut untereinander vergleichen.

Wir erhalten damit zunächst einmal einen Ueberblick über das Verhalten der über 1 Jahr nachbeobachteten Patienten.

Sobald wir uns nun noch weiter über die Auswirkung der durchgemachten Therapie orientieren wollen, müssen wir aus dieser Zahl, die wir zunächst einmal durch Einbeziehung aller über 1 Jahr nachbeobachteten Patienten möglichst groß zu gestalten suchten, noch eine ganze Anzahl Patienten für die Verwertung herausnehmen.

Wir haben oben gesehen, daß im allgemeinen verlangt wird, es sollten Patienten mit primärer Lues zwei, Patienten mit sekundärer Lues vier Jahre lang nach Abschluß der letzten Kur nachbeobachtet und während dieser Zeit ein völliges Freibleiben von Rezidiverscheinungen festgestellt werden. Die Grenzen für unsere Beobachtungen haben wir jedoch nicht so weit ausgedehnt, da wir sonst sehr kleine Zahlen erhalten hätten.

Wir haben für unsere Fälle die Dauer der Nachbeobachtung bei primärer Lues auf mindestens 14, bei sekundärer Lues auf mindestens 15 ganze Monate beschränkt. Wir glaubten dies für unsere Zwecke tun zu dürfen, da es uns nach unserer Patientenzahl sowieso nicht möglich ist, allgemein gültigere Schlüsse aus den Resultaten zu ziehen, und es uns mehr darauf ankommt, eine gewisse Uebersicht über das bisher an der Klinik Geleistete zu erhalten. Wir wissen deshalb, daß der Zusammenstellung nur eine relative Bedeutung zuzumessen ist.

Immerhin glaubten wir doch wenigstens bis zu einem gewissen Grade in der Festsetzung dieser Grenzen für unsere Zwecke berechtigt zu sein, insofern, als wir doch aus der Zusammenstellung ersehen, daß im allgemeinen die Rezidive in den frischen Fällen, wie wir sie ja hier einzig zur Verwertung heranziehen, in der Regel doch innerhalb des 1. Jahres nach Abschluß der Kur aufzutreten pflegen.

Wir geben nun zunächst die Resultate der einzelnen Gruppen von Patienten wieder, so wie sie sich aus den Tabellen sehr leicht gewinnen lassen.

Zur Erleichterung des Verständnisses und des Ueberblicks fügen wir anhangsweise außerdem 5 der Tabellen bei. Durch Vergleich der einzelnen Patientenkurven auf einer Tabelle, sowie durch den Vergleich der verschiedenen Tabellen miteinander, dürfte wohl ein restloser Einblick in den Versuch unserer Darstellungsweise und damit auch eine Kontrolle unserer Darstellung selbst gewonnen werden.

Gruppe I

Männer – seronegative Primäraffekte

A. Günstiger Verlauf: Total 38 Patienten.

1. Als zu kurz nachbeobachtet (unter 14 Monaten) scheiden 6 Patienten aus (21/210, 23/283, 24/326, 27/356, 29/406, 29/408).

2. Von den übrigen wurden nachkontrolliert:

3 Patienten über 14 Monate
3 „ „ 15 „
3 „ „ 16 „
2 „ „ 18 „
1 „ „ 19 „
2 „ „ 20 „
5 „ „ 2–3 Jahre
13 „ länger als 3 Jahre

Bei diesen darf daher wohl eine Heilung angenommen werden.

An Kuren erhielten von diesen Patienten:

2 Patienten eine schwache Kur
14 „ eine genügende Kur
14 „ zwei Kuren
2 „ drei Kuren

Besondere Erwähnung verdienen die beiden außerordentlich knapp behandelten Fälle 19/138 und 24/426, die trotzdem als geheilt angesehen werden dürfen.

Resultat: geheilte 32
unsicher 6

Uebersichtliche Zusammenstellung auf Tabelle 1 am Schluß der Arbeit.

Gruppe II

Männer – seronegative Primäraffekte

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 12 Patienten.

1. Vier Patienten haben sich von vornherein ungenügend behandeln lassen (16/2, 20/151, 22/229, 31/503).

Zwei davon (16/2 und 22/229) kamen nach je 2 Jahren mit serologischen Rezidiven wieder zur Beobachtung. Beide machten nun eine Kur mit. Der eine blieb danach weg, den anderen sahen wir zufällig 6 Jahre später wieder, mit positiven Seroreaktionen, konnten ihn aber nicht weiter verfolgen.

Die beiden anderen sahen wir 3 (20/151) resp. 8 (31/503) Monate später wieder mit papulösen Rezidiven an den Lippen, resp. am Genitale. Der erste machte eine Kur mit, war 2 Jahre danach noch positiv und verschwand dann aus der Beobachtung, wie der zweite, der schon nach wenigen Injektionen wieder weggeblieben war.

Diese vier sind sicher als ungeheilt anzusehen.

2. Acht Patienten erhielten zunächst eine genügende Kur. Alle kamen innerhalb von 6 Monaten mit Rezidiven wieder.

Zwei von ihnen (20/174 und 20/178) machten weiterhin eine, resp. drei Kuren mit und blieben danach über 2, resp. 3 Jahre Nachbeobachtung negativ, so daß sie wohl als geheilt angesehen werden dürfen.

Die 5 anderen (18/85, 20/182, 21/191, 22/251, 31/487) machten ebenfalls eine zweite Kur durch, kamen aber danach nicht mehr zur Kontrolle, so daß ihr Schicksal ungewiß bleibt.

Einen besonderen Verlauf zeigte Patient 21/225, indem er trotz intensiver Behandlung während der Kuren spirochätenhaltige Rezidiverscheinungen aufwies, also sicher als quecksilber- und salvarsanresistent angesehen werden mußte. Auf zwei Bismutkuren verschwanden die Exantheme, die Seroreaktionen wurden negativ. Leider kam auch dieser Patient nicht weiter zur Nachbeobachtung und bleibt ungewiß.

Resultat:	geheilt	2
	unsicher	6
	ungeheilt	4

Gruppe III

Männer – seropositive Primäraffekte

A. Günstiger Verlauf: Total 23 Patienten.

1. Als zu kurz nachbeobachtet scheiden aus 4 Patienten (18/72, 25/337, 30/459, 31/491).

2. Von den übrigen wurden nachkontrolliert:

1 Patient über 14 Monate
1 „ „ 17 „
1 „ „ 18 „
1 „ „ 20 „
1 „ „ 22 „
5 Patienten über zwei bis drei Jahre
9 „ länger als 3 Jahre

Sie dürfen wohl alle als geheilt betrachtet werden.

An Kuren erhielten diese Patienten:

10 Patienten 1 Kur
7 „ 2 Kuren
2 „ 3 „

5 Patienten (16/13, 19/110, 19/117, 19/140, 19/147) sind schon nach auffallend geringen Dosen negativ geblieben.

Resultat: geheilt 19
unsicher 4

Gruppe IV

Männer – seropositive Primäraffekte

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 9 Patienten.

1. 4 Patienten vernachlässigten gleich von Anfang an die Behandlung.

Beim ersten (20/160) fanden wir nach 2 Monaten noch positive Reaktionen, er blieb jedoch wieder weg.

Ein zweiter (22/255) kam nach 4 Monaten zu einer regulären Kur und blieb danach weg.

Der dritte (22/237) kam 10 Jahre später wegen Lues cerebri in der psychiatrischen Klinik zur Behandlung.

Bloß einer (29/414) holte 5 Monate später eine, wenn auch schwache Kur nach und blieb von da weg über 3 Jahre negativ.

2. 5 Patienten erhielten zunächst eine genügende Kur. Einen davon (31/499) verloren wir nach der ersten, einen anderen (31/474) nach einer Wiederholungskur aus den Augen.

Die anderen drei kamen 2–5 Monate nach der Kur mit serologischen Rezidiven. Einer (29/402) blieb gleich wieder weg, zwei (22/237 und 23/298) machten 2, resp. 1 Kur mit und konnten danach über 5, resp. 3 Jahre als negativ bleibend nachkontrolliert werden.

Resultat:	geheilt	3
	unsicher	3
	ungeheilt	3

Gruppe V

Männer – serologisch nicht kontrollierte Primäraffekte

A. Günstiger Verlauf: Total 7 Patienten.

Bei sämtlichen Patienten kann die Heilung als erreicht angesehen werden.

Es wurden nachkontrolliert:

1 Patient über 16 Monate
2 Patienten „ 22 „
2 „ „ 2–3 Jahre
2 „ länger als 3 Jahre

Es erhielten:

2 Patienten 1 Kur
3 „ 2 Kuren
2 „ 3 „

Resultat: geheilt 7

Gruppe VI

Männer – serologisch nicht kontrollierte Primäraffekte

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 3 Patienten.

Zwei Patienten (17/47, 19/118) unterzogen sich gleich zu Beginn nicht genügend der Behandlung. Sie wiesen 6, resp. 11 Monate später wieder spirochätenhaltige Effloreszenzen auf und ihre Seroreaktionen blieben trotz Ansätzen zu neuen Kuren positiv.

Der dritte Patient (17/36) machte eine erste genügende Kur durch. Bei Beginn der zweiten waren die Seroreaktionen noch positiv. Nach Abschluß der Kur blieb er weg.

Resultat: ungeheilt 2
unsicher 1

Gruppe VII

Männer – Lues II

A. Günstiger Verlauf: Total 18 Patienten.

In dieser Gruppe sind diejenigen Patienten mit Lues II zusammengestellt, die bloß eine einzige Kur mitgemacht haben, also nach den allgemeinen Begriffen ungenügend behandelt worden sind.

Als zu kurz nachbeobachtet scheiden aus 4 Patienten (16/26, 23/291, 24/326, 29/401).

Die Nachbeobachtung der übrigen erstreckt sich:

bei 1 Patienten über 17 Monate
„ 3 „ „ 18 „
„ 1 „ „ 20 „
„ 1 „ „ 21 „
„ 8 „ länger als 3 Jahre

Die Patienten dürfen somit wohl zu den Geheilten gezählt werden.

Zwei der Patienten haben eine sehr geringe Behandlung mitgemacht, 19/111 bloß 2,1 g Neosalvarsan und 1,5 g Hg. salicyl., 29/409 bloß 1,5 g Neosalvarsan und 1,2 Bismut.

Auch einer der als unsicher ausscheidenden Fälle erhielt bloß 1,3 g Neosalvarsan und 0,8 Bismut und wies 14 Monate später negative Seroreaktionen auf.

Patient 31/494 hatte am Schluß der Kur noch stark positive Seroreaktionen. Kontrollen 9 und 17 Monate nach beendeter Kur ergaben, daß sie unterdessen negativ geworden waren.

Resultat: geheilt 14
unsicher 4

Uebersichtliche Zusammenstellung auf Tabelle 2 am Schluß der Arbeit.

Gruppe VIII

Männer – Lues II

A. Günstiger Verlauf: Total 34 Patienten.

In dieser Gruppe sind die Patienten zusammengestellt, welche zwei und mehr Kuren mitgemacht haben.

1. Es fallen zunächst wieder 13 Patienten weg, da sie zu wenig lange nachbeobachtet werden konnten (16/11, 19/109, 22/243, 23/262, 23/278, 27/361, 28/393, 29/397, 30/454, 30/356, 31/507, 30/429, 31/484).

2. Von den übrigen Patienten konnten nachbeobachtet werden:

2 Patienten über 15 Monate
1 Patient „ 16 „
1 „ „ 17 „
1 „ „ 21 „
1 „ „ 23 „
7 Patienten „ 2–3 Jahre
8 „ länger als 3 Jahre

Es erhielten darunter:

12 Patienten 2 Kuren
8 „ 3 „
1 Patient 4 „

Resultat: geheilt 21
unsicher 13

Uebersichtliche Zusammenstellung auf Tabelle 3 am Schluß der Arbeit.

Gruppe IX

Männer – Lues II

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 26 Patienten.

In dieser Gruppe finden sich die Patienten, die ihre Behandlung vernachlässigten, indem sie entweder von Anfang an nur ganz unregelmäßig sich zeigten, oder nach einer ersten Kur weitere nur nach zu langen und unregelmäßigen Intervallen durchführen ließen.

1. 8 dieser Patienten sahen wir nach einem bis mehreren Jahren wieder.

Bei dreien (17/16, 24/312, 27/317) konnten wir positive Seroreaktionen feststellen, die Patienten blieben danach aber sofort wieder weg.

Fünf wiesen manifeste syphilitische Folgekrankheiten auf: Es waren Patient 16/18 drei Jahre nach dem Wegbleiben mit einer Mesaortitis luetica auf der medizinischen, Patient 17/44 12 Jahre, Patient 24/315 9 Jahre später mit progressiver Paralyse in der psychiatrischen Klinik in Behandlung. Patient 17/48 starb 10 Jahre später auf der chirurgischen Klinik an einem Lungenkarzinom. Die Sektion deckte außerdem eine Mesaortitis luetica, ein Gumma eines Leberlappens und eine chronische syphilitische Pneumonie eines Unterlappens auf. Patient 20/156 fand sich 13 Jahre nach Abbruch der Kuren mit einem serpiginösen Syphilid an der Schläfe bei uns ein.

2. Drei Patienten (16/6, 27/358, 30/458) hatten sich nach der anfänglich verbummelten Kur nachträglich energisch weiterbehandeln lassen. Unter den, beim einen über 6, bei den zwei anderen über je zwei Jahre regelmäßig fortgesetzten Kontrollen blieben sie frei von Erscheinungen, so daß sie wohl zu den Geheilten gerechnet werden dürfen.

3. Die übrigen 14 Patienten begannen nach dem Rezidiv wohl noch eine oder mehrere Kuren; sie blieben aber alle früher oder später aus der Beobachtung weg, so daß über ihr Schicksal nichts weiteres bekannt ist. Immerhin dürften sie alle bei dem ausgesprochen positiven Befund, den sie jeweils hatten, als ungeheilt bezeichnet werden.

4. Ein letzter Patient muß schließlich besonders betrachtet werden, indem sich bei ihm sehr früh eine Meningitis luetica entwickelte, die rasch zum Tode führte. Der ungünstige Verlauf wurde damals (1918) einer Salvarsanresistenz zugeschrieben, heute müssen wir zugeben, daß vielleicht eine ganz intensive Behandlung hätte gewagt werden müssen und dann vielleicht zum Erfolg geführt hätte.

Resultat: geheilt 3
ungeheilt 23

Gruppe X

Männer – Lues II

B. Verzögerter oder ungünstiger Verlauf: Total 25 Patienten.

Im Gegensatz zur vorhergehenden Gruppe finden sich hier diejenigen Patienten, die nicht von Anfang an der Behandlung gegenüber gleichgültig gewesen waren und dadurch einen erklärlichen Mißerfolg aufwiesen, sondern solche, die sich zum größten Teil einer regulären Behandlung unterzogen hatten. Trotzdem kamen sie alle nach kürzerer oder längerer Zeit mit einem Rezidiv, vorwiegend einem serologischen, zu erneuter Behandlung.

1. In 9 Fällen (18/68, 18/80, 19/124, 19/130, 19/135, 21/211, 22/244, 27/367, 29/417) ließ sich durch eine intensive Weiterbehandlung doch ein Negativwerden der Seroreaktionen erzielen.

Die Nachbeobachtung erstreckt sich:

bei 1 Patienten über 22 Monate
„ 1 „ „ 2 Jahre
„ 1 „ „ 2½ „
„ 2 „ „ 4 „
„ 2 „ „ 5 „
„ 1 „ „ 6 „
„ 1 „ „ 8 „

Bei ihnen darf somit wohl eine Heilung angenommen werden.

2. 11 Patienten brachen die weitere Behandlung ab oder konnten nicht genügend nachkontrolliert werden, so daß über ihr Schicksal nichts weiteres ausgesagt werden kann (18/96, 19/114, 20/164, 21/194, 21/195, 22/223, 23/288, 24/324, 24/325, 30/460 und 30/471).

Unter diesen war Patient 18/96 insofern wieder ein Spezialfall, als bei ihm eine ausgesprochene Resistenz gegen Neosalvarsan und Quecksilber bestand. Die unter 4 derartigen kombinierten sehr intensiven Behandlungen immer wieder auftretenden klinischen und serologischen Rezidive kamen nach 2 Silbersalvarsankuren vollkommen zum Stillstand und blieben in einer Nachbeobachtungszeit von 10 Monaten nach der letzten Kur negativ. Leider konnte auch dieser Patient nicht zur weiteren Kontrolle erreicht werden.

3. Einen ungünstigen Verlauf konnten wir nach Jahren bei 5 Patienten konstatieren, indem bei dreien noch positive Seroreaktionen gefunden wurden, bei einem eine Lues cerebri auftrat, und der 5. an einer Aortenruptur zu Grunde ging.

Resultat: geheilt 9
ungenügend nachkontrolliert 11
ungeheilt 5

Uebersichtliche Zusammenstellung auf Tabelle 4 am Schluß der Arbeit.

Gruppe XI

Frauen – Primäraffekte

A. Günstiger Verlauf: Total 5 Patientinnen.

1. Eine Patientin (27/192) fällt wegen zu kurzer Nachkontrolle weg.

2. Die übrigen wurden alle länger als 3 Jahre nachkontrolliert, dürfen also als geheilt angesehen werden. Es erhielten:

3 Patientinnen 2 Kuren
1 Patientin 3 „
Resultat: geheilt 4
unsicher 1

Gruppe XII

Frauen – Primäraffekte

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 3 Patientinnen.

Zwei Patientinnen kamen nach 1½ resp. 2 Jahren mit positiven Seroreaktionen wieder zur Untersuchung, blieben danach aber bald wieder weg, so daß sie als ungeheilt angesehen werden müssen.

Die dritte Patientin machte auswärts einige Kuren mit, ohne daß wir uns genauer darüber orientieren konnten. Die Seroreaktionen fielen später bei uns negativ aus. Sie kann geheilt sein, wird aber besser als unsicher bezeichnet.

Resultat: unsicher 1
ungeheilt 2

Gruppe XIII

Frauen – Lues II

A. Günstiger Verlauf: Total 15 Patientinnen.

Hier sind die Frauen zusammengestellt, welche nur eine Kur mitgemacht haben, also für eine sekundäre Lues wieder ungenügend behandelt worden sind.

1. Zwei Patientinnen (23/157, 23/141) können als zu kurz nachbeobachtet angesehen werden. Immerhin ist die eine (23/141) dadurch speziell sehr interessant, als sie bei einer floriden Sekundärlues eine ganz minimale Behandlung von bloß 0,9 Syntharsan und 0,4 g Bismut erhalten hatte. Die Nachuntersuchung 13 Monate später ergab körperlich wie serologisch ein absolutes Freibleiben von Erscheinungen. Auch der Liquorbefund war völlig normal.

2. Von den übrigen Patientinnen waren rezidivfrei in Nachkontrolle:

1	Patientin	über 15 Monate
1	„	„ 19 „
1	„	„ 22 „
6	„	„ 2–3 Jahre
6	Patientinnen	„ 2–3 Jahre
4	„	länger als 4 Jahre

Sie dürfen daher wohl als geheilt betrachtet werden.

Auch von diesen hatte eine Patientin bloß 1,3 Syntharsan und 1,2 Bismut erhalten. Die letzte Kontrolle erfolgte 2½ Jahre nach der Kur anläßlich der Geburt eines klinisch und serologisch gesunden Kindes.

Resultat: geheilt 13
unsicher 2

Gruppe XIV

Frauen – Lues II

A. Günstiger Verlauf: Total 36 Patientinnen.

In dieser Gruppe finden sich wieder diejenigen Patientinnen beisammen, welche mehr als eine Kur mitgemacht hatten.

1. Als zu kurz nachbeobachtet scheiden aus 17 Frauen (16/2, 16/26, 18/270, 19/67, 20/272, 21/105, 22/132, 23/138, 28/211, 28/213, 30/232, 30/237, 30/240, 31/248, 31/258, 31/262, 31/264).

2. Von den übrigen konnten rezidivfrei nachbeobachtet werden:

1	Patientin	über 16 Monate
1	„	„ 17 „
1	„	„ 19 „
4	Patientinnen	„ 20 „
2	„	„ 22 „
2	„	„ 2–3 Jahre
8	„	länger als 3 Jahre

Wir möchten sie daher als geheilt ansehen.

Es haben mitgemacht:

11	Patientinnen	2 Kuren
8	„	3 „

Resultat: geheilt 19
unsicher 17

Gruppe XV

Frauen – Lues II

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 22 Patientinnen.

Es sind zunächst wieder die Patientinnen zusammengestellt, die von vornherein eine durchaus ungenügende Behandlung mitgemacht haben.

1. Bei 4 Patientinnen konnten wir folgende Nachkrankheiten feststellen: (16/6) 7 Jahre später Geburt eines kongenital-luetischen Kindes bei positiven Seroreaktionen, (21/166) 7 Jahre später in der Augenklinik wegen reflektorischer Pupillenstarre, (22/128) 11 Jahre später tertiäre Ulcera im Rachen, (23/159) 10 Jahre später wegen Lues cerebri, eventuell progressiver Paralyse in der psychiatrischen Klinik.

2. Von den übrigen 18 Patientinnen erhielten wir im Laufe von 1–5 Jahren nach der Kur Kenntnis, 16 wiesen serologische Rezidive auf, 2 hatten kongenital luetische Kinder geboren.

7 dieser Frauen blieben sofort nach der Kontrolle wieder weg, so daß sie sicher als ungeheilt bezeichnet werden müssen. 11 unterzogen sich einer oder zwei Kuren, konnten danach aber nicht genügend nachkontrolliert werden, so daß ihr Schicksal als ungewiß zu bezeichnen ist.

Resultat:	unsicher	11
	ungeheilt	11

Gruppe XVI

Frauen – Lues II

B. Verzögerter, resp. ungünstiger Verlauf: Total 21 Fälle.

In der vorliegenden Gruppe kann der Verlauf wieder nicht durch unzweckmäßiges Verhalten am Anfang erklärt werden, indem alle Patientinnen mehrere genügend intensive Kuren mitgemacht hatten.

1. Durch intensive Weiterbehandlung gelang es 8mal (17/38, 18/53, 19/78, 20/90, 20/93, 22/129, 24/173, 29/220) die Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen und die negativ gewordenen Reaktionen solange nachzukontrollieren, daß eine Heilung wohl angenommen werden darf.

2. 5 der übrigen Frauen (16/13, 19/75, 21/111, 24/166, 27/119) machten nach dem Auftreten des Rezidivs noch so weit eine Behandlung durch, daß sie vielleicht zur Heilung gereicht haben könnte, doch war es uns nicht möglich, hierüber eine genügende Kontrolle durchzuführen.

3. Ohne weitere Behandlung nach der Feststellung des noch positiven Befundes blieben die übrigen 8 Patientinnen (16/1, 16/23, 16/24, 20/94, 21/108, 24/175, 28/216, 30/228).

Eine von ihnen (16/24) lag 10 Jahre später mit luetischer Koxitis auf der chirurgischen Klinik.

Resultat:	geheilt	8
	unsicher	5
	ungeheilt	8

Uebersichtliche Zusammenstellung auf Tabelle 5 am Schluß der Arbeit.

Zusammenstellung der Behandlungsresultate nach den vorstehenden Tabellen

Lues I

	Männer	Frauen	Total
Patienten total.	256	27	283
Ohne jede Kontrolle	93	12	105
Kontrolle unter 1 Jahr	71	7	78
Kontrolle unter 14 Monaten (= unsicher)	20	2	22
Als geheilt anzusprechen	63	4	67
Ungeheilt	9	2	11
	256	27	283

Lues II

	Männer	Frauen	Total
Patienten total.	254	247	501
Ohne jede Kontrolle	97	89	186
Kontrolle unter 1 Jahr	54	64	118
Kontrolle unter 15 Monaten (= unsicher)	28	35	63
Als geheilt anzusprechen	47	40	87
Ungeheilt	28	19	47
	254	247	501

Aus dieser Gesamtübersicht geht zunächst hervor, daß im ganzen 27% der beobachteten Syphiliskranken, also ein Viertel (Lues I: 27%, Lues II: 26,7%) noch so lange weiter verfolgt werden konnten, daß man bei ihnen unter einem gewissen Vorbehalt einen Schluß auf die Wirksamkeit resp. Unwirksamkeit der Behandlung ziehen kann.

In zweiter Linie ergeben sich bei genauerer Durchsicht der Gesamtzusammenstellung und der einzelnen Gruppen einige Feststellungen, die eine besondere Hervorhebung verdienen:

1. Die Ergebnisse bei den Patienten mit Lues I bestätigen auch an unserem Material die bekannte Tatsache, daß in diesem Stadium der Syphilis eine Behandlung die besten Aussichten auf Erfolg hat.

a) Von den 67 Patienten sind 62 geheilt geblieben. Ein Teil davon schon nach einer einzigen, oft nicht einmal sehr intensiven Kur. Der andere Teil nach den üblichen zwei Kuren. Die erstern sind nicht mit

Absicht bloß mit einer Kur behandelt worden, sondern haben sich gewöhnlich erst nach so langer Zeit zur Nachkontrolle wieder eingestellt, daß es sich lohnte, bei dem bereits negativ gebliebenen Befund zunächst noch zuzuwarten, da es doch immerhin auch von Interesse ist, zu wissen, mit welch einem Minimum an Behandlung unter Umständen eine Heilung erreicht werden kann. Bei einigen wenigen Patienten wurde eine dritte Kur durchgeführt, nicht weil wir dies in den betreffenden Fällen für notwendig angesehen hätten, sondern mehr auf Wunsch der Patienten selbst, die dadurch noch etwas besser über ihre Zukunft beruhigt zu werden wünschten. Vier weitere dieser 67 Patienten kamen nach einer soweit richtig durchgeführten Kur mit einem Rezidiv wieder, doch konnte durch eine danach erfolgte zweite Kur der definitive Erfolg trotzdem noch erreicht werden.

Beim letzten dieser Patienten, der nach einer ersten nachlässig durchgeführten Kur noch mit positivem Befund wiederkam, war mit einer zweiten, auch wieder nur sehr wenig intensiven Kur trotzdem schon eine Heilung zu erreichen.

b) Unter den 11 nicht als geheilt angeführten Patienten befinden sich zunächst 9, die von vornherein ihre Behandlung vernachlässigt hatten, weshalb der Mißerfolg durchaus erklärlich wird. Zwei Patientinnen dagegen hatten eine genügende Kur durchgeführt und zeigten, als sie nach 1½, resp. 2 Jahren nachkontrolliert wurden, ein Rezidiv. Da sie danach ohne weitere Behandlung aus unserer Beobachtung verschwanden, müssen sie als ungeheilt angesehen werden. Bei der einen von ihnen war übrigens die Möglichkeit einer Reinfektion nicht auszuschließen.

2. Bei den Patienten mit Lues II ist das Verhältnis der Geheilten zu den Ungeheilten wesentlich schlechter, indem 87 Geheilten 47 Ungeheilte gegenüberstehen.

Wie wir in der Einleitung zu diesem Kapitel bereits ausführten, möchten wir dabei die Bezeichnung «geheilt» nur mit einer gewissen Reserve verwenden, speziell für diejenigen Gruppen, bei denen nicht ein glatter Verlauf in einem Zug zur Heilung geführt hat.

a) Unter den Geheilten sind zunächst die 27 Patienten der Gruppen VII und XIII besonders hervorzuheben, da sie nach bloß einer Kur, also nach einer eigentlich als ungenügend anzusehenden Behandlung gut geblieben sind. Bei diesen darf man auch umso eher die Bezeichnung geheilt anführen, als ja gerade die ungenügend behandelten

Fälle von Lues II ihr Rezidiv so gut wie immer innerhalb des nächsten halben Jahres aufzuweisen pflegen.

b) Auch bei den als geheilt bezeichneten Patienten der Gruppen VIII und XIV dürfte sich kein wesentlicher Einwand gegen die Bezeichnung «geheilt» erheben lassen. Sie haben sich der Regel entsprechend mit 3 und mehr Kuren behandeln lassen und weisen somit einen normalen glatten Verlauf auf.

c) Unter den als nicht geheilt angeführten 47 Patienten scheiden zunächst diejenigen (total 34) der Gruppen IX und XV als sehr verständliche Mißerfolge aus, da diese Patienten ihre Behandlung von Anfang an völlig vernachlässigt hatten. Zu erwähnen ist immerhin, daß nachträglich sich 3 Patienten aus Gruppe IX eines Besseren besonnen und eine ordnungsgemäße Behandlung mitgemacht haben, wodurch bei ihnen noch eine Heilung erreicht werden konnte.

d) Die übrigen 13 als ungeheilt bezeichneten Patienten gehören den Gruppen X und XVI an, d. h. denjenigen, bei denen nicht ein unzweckmäßiges Verhalten den Mißerfolg erklärlich macht. Die in diesen Gruppen eingereihten Kranken haben eine, zwei oder auch drei Kuren mitgemacht. Bei einzelnen waren diese Kuren in der Gesamtdose allerdings etwas niedrig, doch finden wir unter den geheilten Patienten Fälle, die nicht mehr als diese erhalten hatten, in der Folge dann aber doch gut geblieben sind. Die 5 Patienten in der Gruppe X haben sogar recht intensive Kuren mitgemacht.

Bei genauerer Durchsicht dieser als ungeheilt rubrizierten Fälle ist folgendes festzustellen:

1. Die 8 Patientinnen aus der Gruppe XVI mußten hier deshalb aufgezählt werden, weil sie, nachdem bei ihnen nach einer oder mehreren Kuren noch ein Weiterbestehen der Syphilis festgestellt worden war, nicht weiter zur konsequenten Fortsetzung der Behandlung erschienen sind. Es wäre durchaus möglich gewesen, daß manche von ihnen bei einer genügenden intensiven Fortführung der Behandlung doch noch zu den Geheilten hätten gezählt werden können. Dies geht besonders aus der Tatsache hervor, daß gerade in diesen beiden Gruppen 17 Fälle unter die Geheilten zu zählen sind, die zunächst ebenfalls nach einer oder mehreren Kuren noch Zeichen des Weiterbestehens der Syphilis boten, durch eine Fortsetzung der Behandlung schließlich aber doch ein klinisches und serologisches Freisein von Symptomen erreichen ließen.

2. Diesen Patienten gegenüber stehen nun die 5 als ungeheilt rubrizierten Kranken der Gruppe X, die eine ausgesprochene Resistenz gegenüber der Behandlung aufgewiesen haben.

Beim ersten Fall (23/301) ist es allerdings fraglich, ob er wirklich hieher zu rechnen ist. Der 59jährige Mann, der am 4. Februar 1923 mit einem Primäraffekt auf den Tonsillen, regionären Bubonen, positiven Seroreaktionen und einer frischen Eruption eines papulösen Syphilids in Behandlung getreten war, zeigte nach 2 im Jahre 1923 durchgeführten Kuren bis 1926 negative Seroreaktionen, mit Ausnahme zweier geringgradiger positiver Schwankungen der Sachs-Georgischen Reaktion. Februar bis April 1927 lag Patient auf der medizinischen Klinik mit der Diagnose Aorteninsuffizienz und Stenose, Metastasen eines 1921 operierten Karzinoms des Sigmoids in der Leber und in den Bauchdecken. Seroreaktion am 7. Februar und 11. Mai 1927 negativ. Patient starb am 15. Mai 1927. Die Sektion ergab eine Herzbeuteltamponade durch eine Blutung aus einer langsam erfolgten Ruptur der Aorta bei alter vernarbter, wahrscheinlich mykotischer Arteritis. Stenose und Insuffizienz durch abgelaufene Endokarditis. Fragliche geringfügige Mesaortitis luetica (sonst keine Zeichen für Lues) Ca-Metastasen in der Leber, im rechten Zwerchfell und in der benachbarten Brustwand.

Da die Mesaortitis bloß als fraglich luetischer Natur angesehen wird, scheint es nicht ausgeschlossen, daß doch eine Heilung der Lues erreicht wurde.

Die anderen vier Fälle zeigen dagegen eine ausgesprochene Resistenz gegenüber der antiluetischen Behandlung.

Es handelt sich um die Patienten (18/86, 18/87, 21/200 und 26/343) der Gruppe X. Die Einzelheiten des Verlaufs können auf der Tabelle 5 im Anhang nachgesehen werden, so daß eine ausführliche Wiederholung der Krankengeschichten sich hier erübrigt und nur folgendes betont sei:

Patient 18/86 hat eigentlich während der ganzen Dauer der Behandlung immer wieder serologische Rezidive aufgewiesen. Doch ist hier beizufügen, daß bei diesem Patienten eine gelegentliche Reinfektion nicht ganz außer Betracht fällt.

Patient 26/334 ist unter der Kur überhaupt nie serologisch negativ geworden. Er erkrankte 5 Jahre nach Beginn der Lues an Sepsis lenta und starb daran. Eine Sektion fand nicht statt.

Patient 18/97 zeigte nach 2 Jahre langem somatisch und serologisch negativem Befund plötzlich eine Lichen ruber anularis-artige Ef-

floreszenz am Präputium mit positiven Seroreaktionen, die rasch wieder in negative umschlugen und über 1½ Jahre negativ blieben. Patient verschwand dann aus unserer Beobachtung und kam erst 10 Jahre später wieder zur Untersuchung. Dabei zeigten sich Symptome einer beginnenden progressiven Paralyse.

Patient 21/200 machte eine recht intensive Behandlung durch, die im August 1925 abgeschlossen wurde. Ein Jahr später waren die Seroreaktionen noch negativ, nach weiteren 6 Jahren dagegen ergab eine zufälligerweise mögliche Nachuntersuchung wieder eine deutliche positive Schwankung.

Solche Fälle mahnen natürlich zur Zurückhaltung in einer zu weitgehenden Verwertung unserer in den Gruppen IX, X und XVI als geheilt angeführten Patienten.

Immerhin sehen wir gerade bei diesen 4 Patienten doch auch wieder sehr deutlich, daß einer kontinuierlichen Verfolgung der Seroreaktionen eine große Bedeutung zukommt, so daß, wenn wir bei etwas länger und regelmäßig verfolgten Patienten der genannten Gruppen stets wieder auf negative Seroreaktionen stoßen, dies doch im allgemeinen als günstiges Zeichen gewertet werden dürfte. Die Liquorkontrolle sollte aber trotzdem zur weitern Sicherung stets noch herangezogen werden.

Wenn somit unsere Zusammenstellung der gesamten mit frischer Lues zur Behandlung gekommenen Patienten verhältnismäßig kleine Zahlen von solchen umfaßt, die einigermaßen und mit genügender Vorsicht für die Bewertung unserer Behandlungsmethode berücksichtigt werden können, so läßt sich aus dem Ganzen wohl doch sagen, daß die Durcharbeitung unseres Materials in dieser Hinsicht nicht ohne Wert gewesen ist.

Die wesentlichste Tatsache, die bei einem kritischen Ueberblick der verwerteten Fälle hauptsächlich ins Auge fällt, ist wohl die, daß die Patienten im ganzen individuell außerordentlich verschieden auf die Behandlung reagieren.

Wir haben neben Patienten, die nach einer auch nach bescheidenen Anforderungen zweifellos ungenügenden resp. sehr geringen Behandlung als geheilt angesehen werden dürfen, solche, bei denen es erst nach mehrfachen und intensiven Kuren möglich war, die somatischen oder serologischen Erscheinungen der Syphilis zum Verschwinden zu bringen, und schließlich einige, bei denen dieses Ziel trotz gleichen intensiven Kuren überhaupt nicht erreicht wurde.

Auch die individuellen Schwankungen im Verlauf der Behandlungen treten sehr deutlich hervor.

Natürlich darf man aus dieser Zusammenstellung nun nicht ableiten, daß man versuchen soll, mit möglichst kleinen Behandlungsdosen auszukommen, wohl aber darf man vielleicht doch daraus schließen, daß es nicht absolut notwendig ist, allen Patienten von vornherein ein Höchstmaß an Behandlung zuzumuten.

Es ist kein Zweifel, daß eine ausgesprochene Höchstdosierung einer Kur die Gefahr von Nebenerscheinungen durch toxische Schädigungen, speziell in Form von Dermatitiden, vergrößert, und man wird daher Patienten, für die das Risiko an sich nicht gerechtfertigt wäre, dieser Gefahr lieber nicht aussetzen.

Es scheint uns nach unseren Erfahrungen richtiger zu sein, eine mittlere Intensität der Kuren einzuhalten, d. h. im Primärstadium 2 Kuren im Abstand von 6–8 Wochen, im Sekundärstadium je nach dem Verhalten der Seroreaktionen 3–4 Kuren durchzuführen. Zu verlangen ist danach eine Nachkontrollperiode von 2 Jahren bei Lues I, von 3–4 Jahren bei Lues II.

Tritt bei einer Lues II im Verlauf der Nachbeobachtung ein Positivwerden der Seroreaktionen ein, oder werden sie unter der Kur überhaupt nicht negativ, so ist vor dem Beginn neuer Kuren eine Lumbalpunktion vorzunehmen. Ebenso ist zur Feststellung völliger Heilung eine Lumbalpunktion unerläßlich auch bei den Fällen von Lues II, die in der Nachbeobachtung negativ bleiben. Diese Lumbalpunktion dürfte am besten gegen Ende des zweiten oder anfangs des dritten Jahres der Nachbeobachtung ausgeführt werden.

Bei einer derartig genauen Kontrolle sollte es möglich sein, alle Rezidive zu erfassen. Zeigt sich durch den Ausfall der Liquoruntersuchung eine Beteiligung des Nervensystems im Sinn einer Tabes oder progressiven Paralyse, wäre dann die entsprechende Fieberbehandlung einzuleiten. Fehlt ein solcher Hinweis, so kann mit der üblichen Behandlung weitergefahren oder je nachdem auch hier noch ein energischer Versuch durch Beiziehung der Fiebertherapie gemacht werden.

Auf diese Weise kann sicher aus unseren Mitteln ein Maximum an therapeutischen Erfolgen herausgeholt werden.

Einwandfrei aber geht auch dabei wieder aus unseren Zahlen das hervor, daß es möglich sein müßte, die Patienten bis zur Erreichung des definitiven Resultates viel besser unter Ueberwachung zu halten.

In dieser Hinsicht weist auch dieser Abschnitt der Arbeit entsprechend den beiden ersten darauf hin, daß gerade die Erfüllung dieses Postulates noch lange von dem Wünschbaren und Erreichbaren entfernt ist, so daß sich eindeutig aus unseren Untersuchungen ergibt, wie sehr die Bestrebungen der schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, welche eine Verwirklichung dieser im Interesse der Volksgesundheit höchst notwendigen Erfordernisse zum Ziel haben, die nachhaltigste Unterstützung verdienen.

Bemerkungen zu den folgenden Tabellen:

Die Tabellen wurden so angelegt, daß auf den horizontalen Linien untereinander der Verlauf der Behandlung und der serologischen Kontrollen jedes einzelnen Patienten eingetragen wurde.

Die vertikalen Linien teilen den ganzen Verlauf in jährliche Abschnitte von je zwölf Behandlungsmonaten. Nur im letzten Abschnitt sind öfters Ergebnisse aus mehreren Jahren notiert.

Der Übersicht halber wurden sämtliche Patienteneintragungen im ersten Monat des ersten Jahresabschnittes begonnen. Der Kalendermonat und das Jahr, in denen der Patient uns zum ersten Mal aufsuchte, wird durch die beiden ersten den Linien voranstehenden Zahlen angegeben (z. B. III 28/ = März 1928). Die dritte Zahl ist die Ordnungszahl des Patienten.

Die einzelnen Kuren sind graphisch folgendermaßen dargestellt:

Kombinierte Kur Neosalvarsan + Quecksilber
Neosilbersalvarsan-Kur
Kombinierte Kur Neosalvarsan + Bismut
Neosalvarsan allein
Neomesarca oder Sulfarsenol intramuskulär
Quecksilber allein
Bismut allein

Die Zahlen über den Kurenbezeichnungen geben die Totaldosis der verwendeten Medikamente an. Bei den kombinierten Kuren nennt die erste Zahl die Dosis des Neosalvarsans, resp. seiner Analoga (Syntharsan, Neomesarka), die zweite die des Quecksilbers, resp. des Bismuts.

TABELLE I GRUPPE I SERONEGATIVE PRIMÄRAFFEKTE GÜNSTIGER VERLAUF

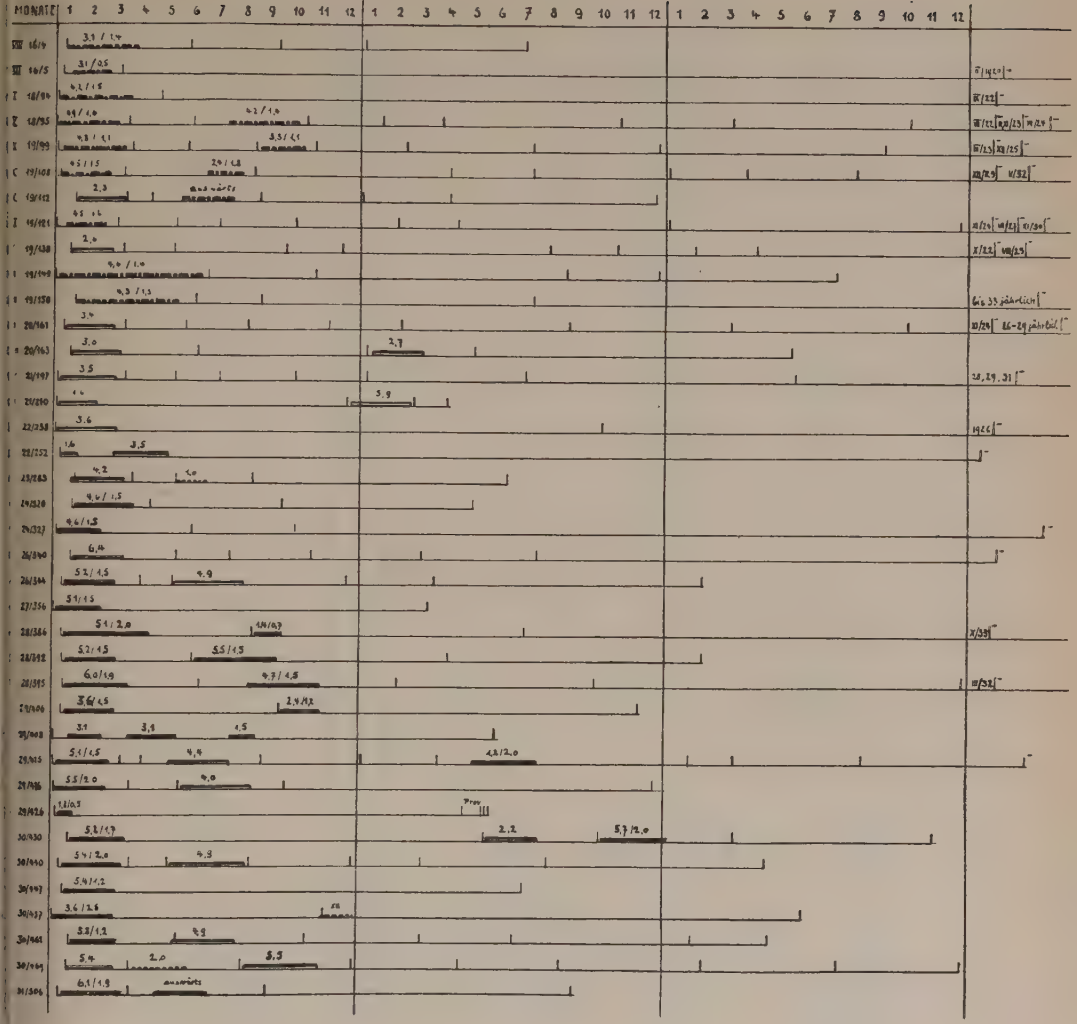


TABELLE II GRUPPE VII LUES II GUENSTIGER VERLAUF EINE KUR

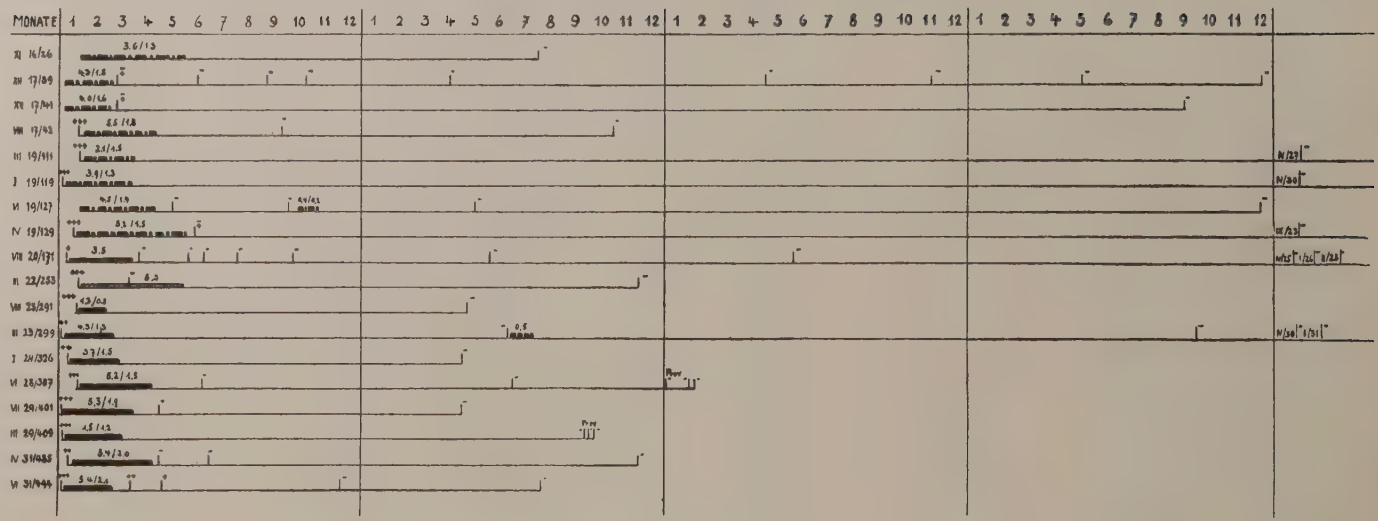


TABELLE III GRUPPE VIII LVES II GUENSTIGER VERLAUF MEHRERE KUREN

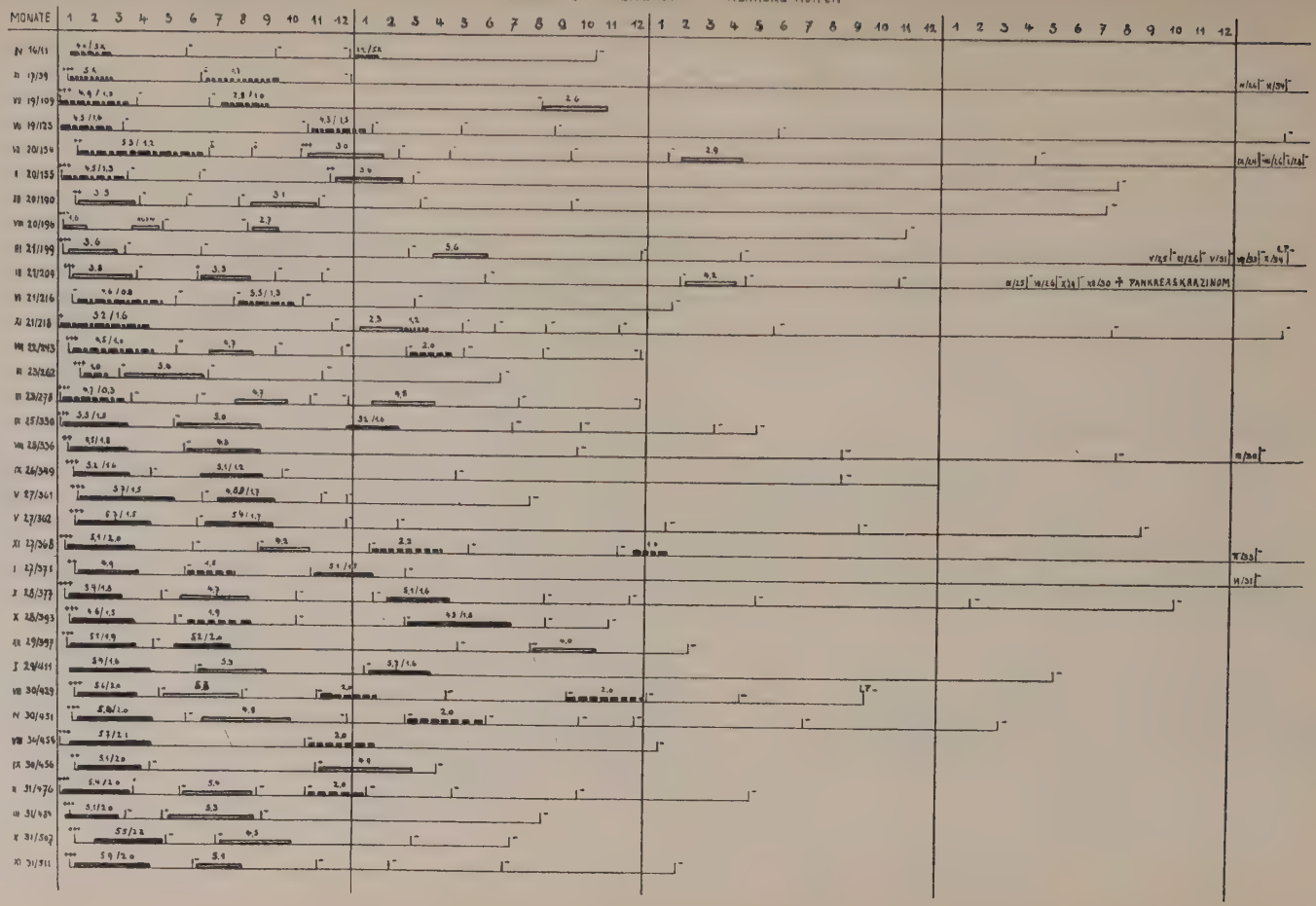


TABELLE V GRUPPE XVI LVES II VERZOEGERTER RESP. UNGUENSTIGER VERLAUF

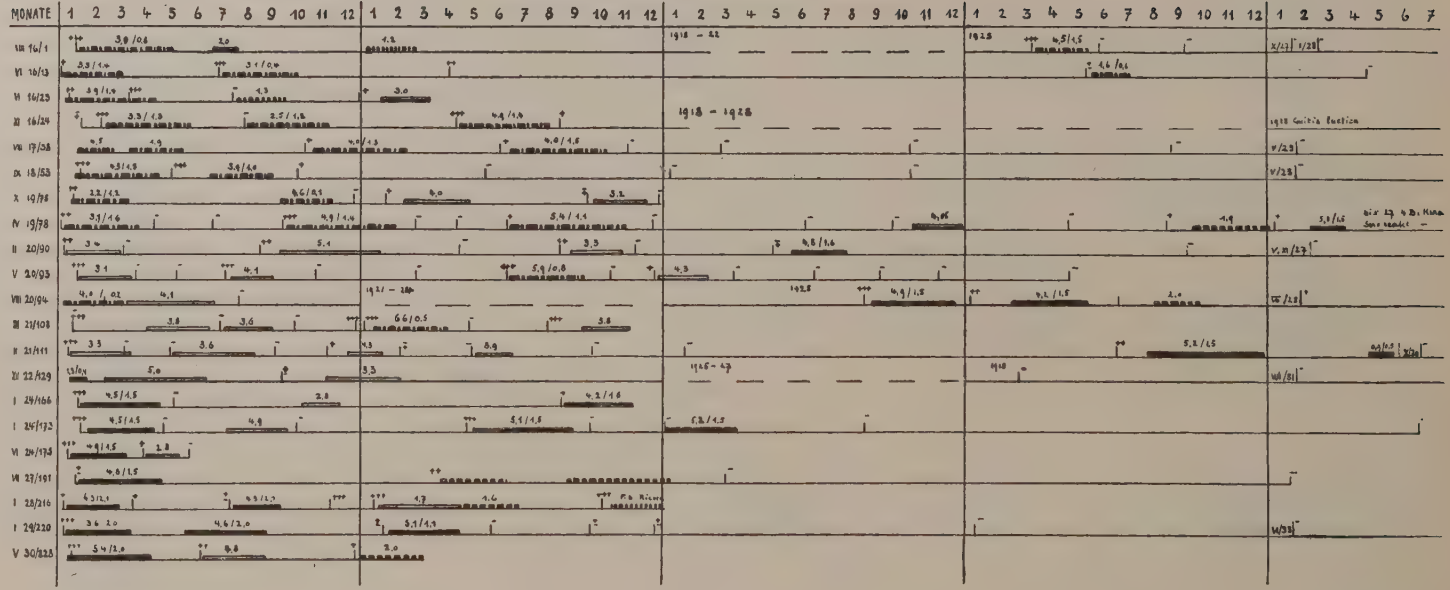
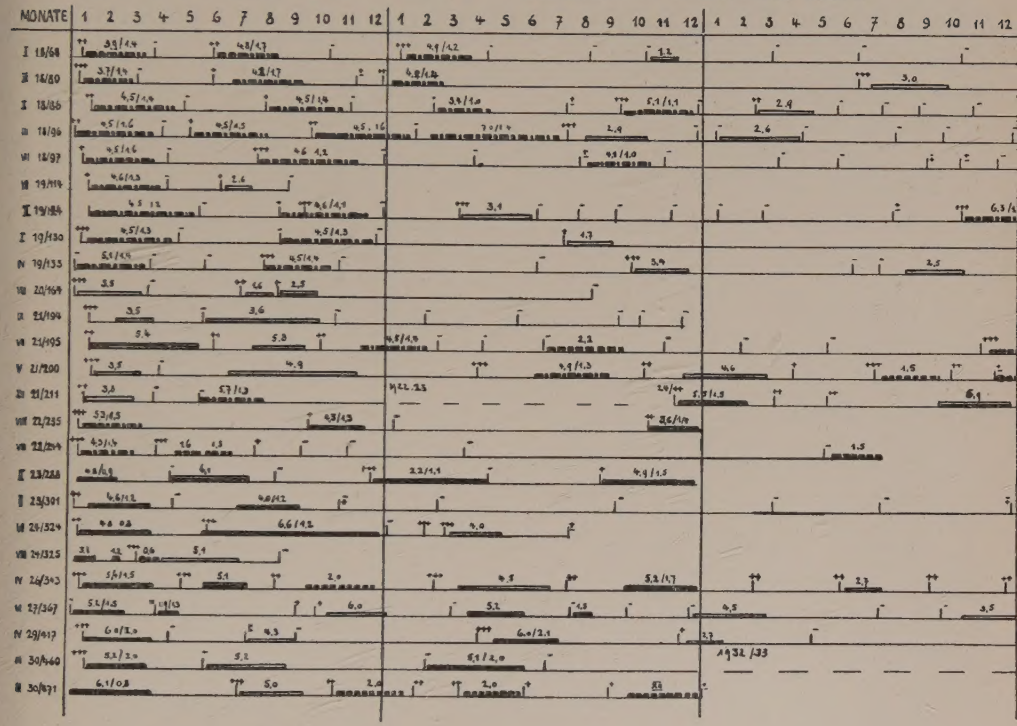
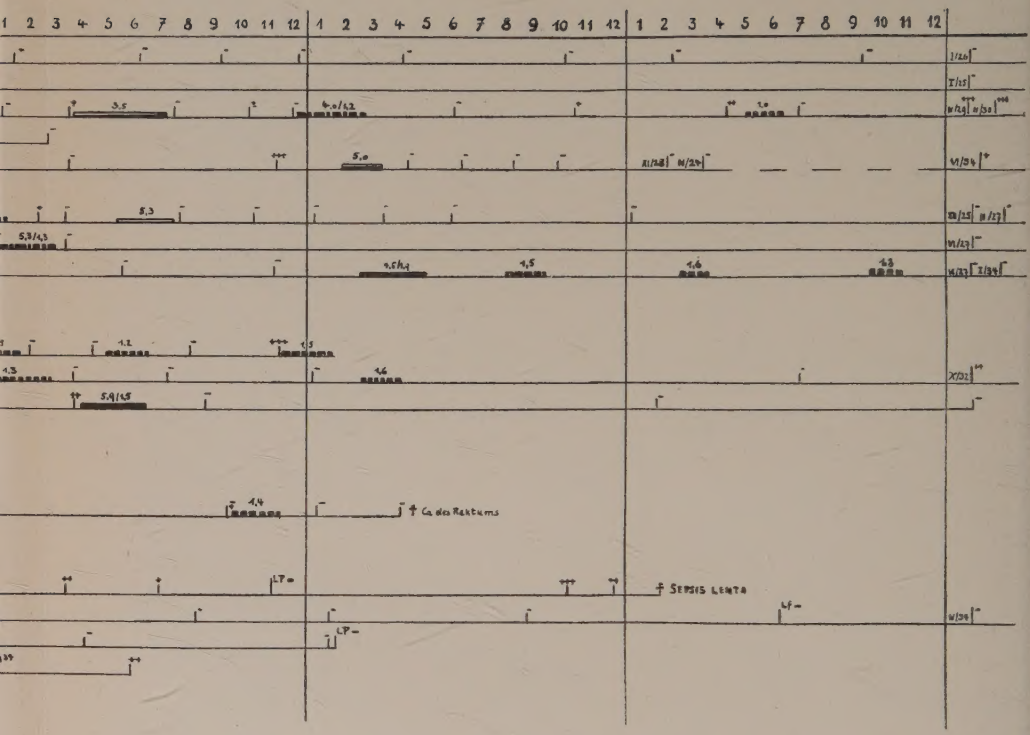


TABELLE IV **GRUPPE X** LUES II VERZOEGERTER RESP. UNGUENSTIGER VERLAUF





1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
I/26
I/25
3,5
4,0/1,2
2,0
5,0
5,3
5,3/1,3
1,5
1,6
1,2
1,3
1,6
5,9/1,5
1,4
Ca des Rektums
LP
SEPSIS LENTA
LP